

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

DIARIO DE SESIONES DE LA CÁMARA DE SENADORES

CUARTO PERÍODO DE LA XLVII LEGISLATURA

27.ª SESIÓN EXTRAORDINARIA

PRESIDEN

EL SEÑOR DANILO ASTORI
Presidente

EL SEÑOR ALBERTO COURIEL
Presidente en ejercicio

EL SEÑOR ERNESTO AGAZZI
Presidente en ejercicio

y

EL SEÑOR LUIS ROSADILLA
Segundo Vicepresidente

ACTÚAN EN SECRETARÍA LOS TITULARES, HUGO RODRÍGUEZ FILIPPINI Y GUSTAVO SÁNCHEZ PIÑEIRO; EL PROSECRETARIO MIGUEL SEJAS; Y EL DIRECTOR GENERAL, ALEX COFONE

Concurren: la señora Ministra de Salud Pública, doctora Susana Muñiz; el señor Subsecretario, doctor Leonel Briozzo; el señor Presidente de la Junta Nacional de Salud, doctor Luis Enrique Gallo; la señora Presidenta del Directorio de ASSE, doctora Beatriz Silva, y el señor Vicepresidente de esa institución, doctor Enrique Soto.

SUMARIO

---

1) TEXTO DE LA CITACIÓN

"Montevideo, 2 de julio de 2013.

La CÁMARA DE SENADORES se reunirá en sesión extraordinaria en régimen de Comisión General, el próximo jueves 4 de julio, a la hora 9:30, a los efectos de recibir información de la señora Ministra de Salud Pública, doctora Susana Muñiz, relacionada con el estado de situación y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con énfasis en la calidad de la atención brindada durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Gustavo Sánchez Piñeiro
Secretario

Hugo Rodríguez Filippini
Secretario".

2) ASISTENCIA

ASISTEN: los señores Senadores **Abreu**, **Amorín**, **Antognazza**, **Bordaberry**, **Conde**, **Fernán-**

dez, **Gallinal**, **Gallo Imperiale**, **Guarino**, **Heber**, **Lamorte**, **Larrañaga**, **Lorier**, **Mezzera**, **Michelini**, **Montiel**, **Moreira (Carlos)**, **Moreira (Constanza)**, **Nin Novoa**, **Pasquet**, **Penadés**, **Rondeau**, **Rosadilla**, **Rubio**, **Saravia**, **Solari** y **Viera**; a partir de la hora 9:40, el señor Senador **Martínez Huelmo**, supliendo al señor Senador **Couriel** (en ejercicio de la Presidencia del Cuerpo en virtud de que el señor Danilo Astori pasa a ocupar la Presidencia de la República); y a partir de la hora 14:07, el señor Senador **Gallicchio**, supliendo al señor Senador **Michelini**.

FALTAN: con licencia, los señores Senadores **Baráibar**, **Da Rosa**, **Lacalle Herrera**, **Martínez**, **Tajam** y **Topolansky**; a partir de la hora 14:07, el señor Senador **Michelini**; a partir de la hora 18, el señor Senador **Viera**; y entre las horas 16 y 18:34, el señor Senador **Couriel**; con aviso, el señor Senador **Chiruchi** y el señor Senador **Pereyra**, convocado para suplir al señor Senador **Agazzi** (en ejercicio de la Presidencia del Cuerpo) entre las horas 16 y 18:34; y, sin aviso, el señor Senador **Malaquina**, convocado a partir de la hora 18 para suplir al señor Senador **Viera**.

3) ASUNTOS ENTRADOS

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 9 y 34 minutos).

–Dese cuenta de los asuntos entrados.

(Se da de los siguientes:)

SEÑOR SECRETARIO (Gustavo Sánchez Piñeiro).- “El Presidente de la República remite un Mensaje por el cual solicita la autorización correspondiente, de conformidad con lo establecido en el artículo 170 de la Constitución de la República, a efectos de ausentarse del país por más de cuarenta y ocho horas, a partir del día 4 de julio de 2013, a fin de asistir a la Reunión Extraordinaria de Presidentes, que se efectuará en el Estado Plurinacional de Bolivia.

–HA SIDO REPARTIDO. SE VA A VOTAR LUEGO DE LA LECTURA DE LOS ASUNTOS ENTRADOS.

El Ministerio de Salud Pública remite respuesta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) a un pedido de informes solicitado por el señor Senador Alfredo Solari, relacionado con los fallecimientos ocurridos en los servicios de salud del Estado.

–OPORTUNAMENTE FUE ENTREGADA AL SEÑOR SENADOR SOLARI.

El señor Senador Eduardo Mezzera, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 3.º de la Ley n.º 17.673, presenta nota de fecha 2 de julio del corriente año por la cual solicita la reiteración de un pedido de informes del señor Senador Luis Alberto Lacalle Herrera, con destino al Ministerio de Relaciones Exteriores, relacionado con el busto de bronce del doctor Luis Alberto de Herrera, emplazado en la ciudad de Buenos Aires, República Argentina.

–SE VA A VOTAR LUEGO DE LA LECTURA DE LOS ASUNTOS ENTRADOS.

La Comisión de Vivienda y Ordenamiento Territorial eleva informado un proyecto de ley por el que se transfiere a título gratuito, del patrimonio del Estado a la Intendencia de Montevideo, la propiedad de tres edificios ubicados en el predio conocido como Exposición y Ferias del Prado.

–HA SIDO REPARTIDO Y ESTÁ INCLUIDO EN EL ORDEN DEL DÍA DE LA PRÓXIMA SESIÓN ORDINARIA.

La Junta Departamental de Florida remite nota comunicando la designación de los integrantes de su Mesa para el período 2013-2014.

–TÉNGASE PRESENTE”.

4) PEDIDO DE INFORMES

SEÑOR PRESIDENTE.- Dese cuenta de un pedido de informes.

(Se da del siguiente:)

SEÑOR SECRETARIO (Gustavo Sánchez Piñeiro).- “El señor Senador Pedro Bordaberry, de conformidad con lo establecido en el artículo 118 de la Constitución de la República, solicita se curse un pedido de informes con destino al Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, relacionado con el impacto ambiental que produciría la instalación de una planta de extrusión de colágeno en la ciudad de Pando, departamento de Canelones.

–OPORTUNAMENTE FUE TRAMITADO”.

(Texto del pedido de informes:)

“Montevideo, 2 de julio de 2013.

Señor Presidente de la
Cámara de Senadores
Contador Danilo Astori
Presente

De mi mayor consideración:

En ejercicio de la facultad que me confiere el artículo 118 de la Constitución de la República, solicito

tenga a bien remitir el siguiente pedido de informes al Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente.

Introducción: En la página web de la firma española Viscofan S.A. se anuncia la instalación en Uruguay de una planta de extrusión de colágeno, a instalarse en la ciudad de Pando, departamento de Canelones. Esta información también fue recogida en los últimos días por la prensa nacional.

Es una buena noticia para el país recibir una nueva inversión en un mercado, como el del colágeno, que ha venido creciendo considerablemente en los últimos años, y que significará la creación de algunos puestos de trabajo en la zona.

No obstante ello, este tipo de proyectos requieren de especial atención desde el punto de vista de su impacto ambiental, dado que los efluentes de este tipo de fábricas están cargados de materia orgánica.

Es así, que este tipo de fábrica requiere de piletas de decantación, oxigenación, flotación, filtros de carbón activado y lugares en donde compostear o reprocesar la materia orgánica que se quita de los efluentes. En definitiva, una infraestructura importante al servicio de la protección del medio ambiente.

En tal sentido, se solicita la siguiente información:

1. Qué estado de avance tienen los estudios de impacto ambiental del proyecto de Viscofan S.A. a instalarse en las cercanías de la ciudad de Pando, remitiendo copia del expediente administrativo y de los informes técnicos y actos administrativos emitidos hasta la fecha.

2. Cómo contempla el proyecto la versión de los efluentes de la fábrica a los cursos de agua naturales y qué medidas de prevención están previstas. Qué estándares y exigencias ha planteado la Dinama para este proyecto. Qué tipo de efluentes, emisiones y residuos sólidos por unidad de tiempo, el volumen de los mismos y qué se hará con ellos. Qué niveles de calidad tendrán los efluentes al llegar a los cursos naturales de agua. Cuáles serían los cursos de agua afectados y de qué manera.

3. Si está previsto que el proyecto contemple en su plan de potabilización de efluentes, la posibilidad de aceptar efluentes de terceros, tal cual lo hace UPM/Botnia.

Sin otro particular, lo saludo atentamente.

Pedro Bordaberry. Senador".

5) REITERACIÓN DE PEDIDO DE INFORMES

SEÑOR PRESIDENTE.- Corresponde votar la reiteración del pedido de informes del señor Senador Luis Alberto Lacalle Herrera, solicitada por el señor Senador Eduardo Mezzera, a los efectos de que el Cuerpo lo haga suyo.

(Se vota:)

–12 en 13. **Afirmativa.**

6) INASISTENCIAS ANTERIORES

SEÑOR PRESIDENTE.- Dando cumplimiento a lo que establece el artículo 53 del Reglamento de la Cámara de Senadores, dese cuenta de las inasistencias a las anteriores convocatorias.

(Se da de las siguientes:)

SEÑOR SECRETARIO (Hugo Rodríguez Filippini).- A la sesión ordinaria del 2 de julio faltaron, con aviso, los señores Senadores Chiruchi y Penadés.

7) SOLICITUDES DE LICENCIA E INTEGRACIÓN DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase una solicitud de licencia.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Hugo Rodríguez Filippini).- "Montevideo, 3 de julio de 2013.

Señor Presidente de la
Cámara de Senadores
Presente

De mi consideración:

Por medio de la presente solicito al Cuerpo me conceda licencia por motivos personales desde el 4 al 8 de los corrientes.

Sin otro particular.

Lucía Topolansky. Senadora".

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota:)

–15 en 15. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Se comunica que los señores Juan José Domínguez, Andrés Berterreche, Aníbal Pereyra, Gabriel Frugoni, Carlos Baldassini, Yamandú Orsi, Daniel Garín, Daniel Montiel, Rubén Martínez Huelmo, Julio Battistoni, José María Pereyra, Julio Baráibar, Alberto Castelar, Antonio Vadell, Eduardo Muguruza y Francisco Beltrame han presentado notas de desistimiento, informando que por esta vez no aceptan la convocatoria a integrar el Cuerpo, por lo que queda convocado el señor Aníbal Rondeau, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

8) SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL SEÑOR PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA PARA AUSENTARSE DEL TERRITORIO NACIONAL POR MÁS DE CUARENTA Y OCHO HORAS

SEÑOR PRESIDENTE.- Léase la nota remitida por el señor Presidente de la República relacionada con la autorización de la que se dio cuenta en los asuntos entrados.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Hugo Rodríguez Filippini).- "Montevideo, 3 de julio de 2013.

Señor Presidente de la
Cámara de Senadores
Presente

Tengo el honor de dirigirme al señor Presidente a los efectos de solicitar la autorización prescripta por el artículo 170 de la Constitución de la República, en virtud de que me ausentaré del territorio nacional por más de cuarenta y ocho horas a partir del 4 de julio de 2013, para participar en la Reunión Extraordinaria de Presidentes, que se efectuará en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Saludo al señor Presidente con mi más alta consideración

JOSÉ MUJICA, Presidente de la República".

SEÑOR PRESIDENTE.- En consideración.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

–17 en 17. **Afirmativa**. UNANIMIDAD.

9) SOLICITUDES DE LICENCIA E INTEGRACIÓN DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE.- Se comunica que, al haberse votado la autorización al señor Presidente de la República para ausentarse del país por más de 48 horas, y habiéndose concedido licencia a la señora Senadora Lucía Topolansky desde el día 4 hasta el 8 de julio inclusive, pasará a ocupar la Presidencia del Senado el señor Senador Alberto Couriel. Asimismo, habiendo presentado notas de desistimiento los señores Yamandú Orsi, Daniel Garín, Daniel Montiel, Juan José Domínguez, Andrés Berterreche, Aníbal Pereyra, Gabriel Frugoni y Carlos Baldassini, informando que por esta vez no aceptan la convocatoria a integrar el Cuerpo, queda convocado el señor Rubén Martínez Huelmo, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Asimismo, se comunica que en virtud de la licencia concedida al señor Senador Gustavo Penadés por los días 8 al 12 de julio inclusive, y habiendo presentado nota de desistimiento el señor Pablo Abdala, informando que por esta vez no acepta la convocatoria a integrar el Cuerpo, oportunamente se convocará al suplente respectivo.

Corresponde, a continuación, ingresar en el Orden del Día. Pero antes de ello, solicitamos al señor Senador Couriel que ocupe la Presidencia del Cuerpo.

(Ocupa la Presidencia el señor Alberto Couriel).

10) LLAMADO A SALA A LA SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, DOCTORA SUSANA MUÑIZ

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- La Cámara de Senadores ha sido convocada, en sesión extraordinaria, a los efectos de recibir información de la señora Ministra de Salud Pública, doctora Susana Muñiz, relacionada con el estado de situación y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con énfasis en la calidad de la atención brindada durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Se invita a la señora Ministra de Salud Pública, doctora Susana Muñiz, y al señor Subsecretario, doctor Leonel Briozzo, a ingresar a Sala.

(Ingresan a Sala la señora Ministra y el señor Subsecretario de Salud Pública).

SEÑORA MINISTRA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra la señora Ministra.

SEÑORA MINISTRA.- Señor Presidente: solicito la autorización correspondiente para que ingresen a Sala el señor Presidente de la Junta Nacional de Salud, doctor Luis Enrique Gallo; la señora Presidenta del Directorio de ASSE, doctora Beatriz Silva, y el señor Vicepresidente de esa institución, doctor Enrique Soto.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Se va a votar la solicitud de la señora Ministra de Salud Pública en el sentido indicado.

(Se vota:)

–19 en 19. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

(Ingresan a Sala los señores asesores convocados por la señora Ministra de Salud Pública).

–La Presidencia quiere poner a votación el régimen de trabajo. Entiendo que ha sido acordado con los coordinadores correspondientes que la señora Ministra y un representante de cada uno de los partidos –estos serán el señor Senador Solari por el Partido Colorado, el señor Senador Gallo Imperiale por el Frente Amplio y el señor Senador Moreira por el Partido Nacional– actúen en régimen de debate libre. El resto de los señores Senadores tendrán la oportunidad de participar durante veinte minutos por una sola vez.

Si no se hace uso de la palabra, se va a votar.

(Se vota:)

–20 en 20. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Tiene la palabra el señor Senador Solari.

SEÑOR SOLARI.- Muchas gracias, señor Presidente.

En primer lugar, quiero agradecer al Cuerpo el apoyo a la convocatoria de esta Comisión General, que fue decidido por la unanimidad de los presentes en el momento que se votó; y, en segundo término, deseo dejar constancia de que el ánimo que me inspira en esta sesión es constructivo.

Como médico con cuarenta años de recibido y de ejercicio de la profesión, obviamente me preocupa mucho la salud de la población, pero también me preocupan los riesgos en que puede incurrir el personal de salud al brindar los servicios, cuando no lo hace en las condiciones adecuadas. Y es en cumplimiento de mi deber como Legislador en el contralor de la actuación del Poder Ejecutivo, en particular de la señora Ministra de Salud Pública y de ASSE como la dependencia principal, que he solicitado esta sesión en régimen de Comisión General, como hace tres años, cuando junto con el señor Senador Moreira convocamos al entonces Ministro, economista Daniel Olesker.

Asimismo, quiero agradecer a la señora Ministra, al señor Subsecretario, a la señora Presidenta del Directorio de ASSE y también a los señores Presidente de la Junasa –el doctor Gallo, hijo– y Vicepresidente de esa institución, por su concurrencia.

Señor Presidente: repito que, como médico, estoy sumamente preocupado y consternado por el progresivo deterioro que está teniendo el Sistema Nacional Integrado de Salud, que lo ha llevado –en el consenso del cuerpo médico nacional y en la visión de buena parte de la ciudadanía– a un estado de caos generalizado. A vía de títulos de lo que desarrollaré posteriormente en mi presentación y que fundamentan esta expresión tan dolorosa para un médico, diré que ese caos se manifiesta en varios aspectos: en muertes infantiles y muertes maternas perinatales de pacientes con diversas situaciones, que en mi opinión se podrían haber evitado, algunas de ellas más claramente y otras menos –como lo vamos a ver caso por caso–, y que dan como resultado un aumento de las muertes fetales observadas en el Hospital Pereira Rossell en el año 2012 con respecto a las registradas en el año 2011.

En segundo lugar, también vamos a desarrollar un pequeño capítulo referido no solamente a las muertes perinatales y maternas, sino también a otro componente sumamente grave que tiene que ver con aquellos casos de mala práctica que no concluyen en muerte pero que provocan secuelas prácticamente invalidantes de por vida. Pensamos que no dejar esas secuelas tiene que ser uno de los primeros paradigmas del funcionamiento de los servicios de salud, porque el primer mandato que tenemos los médicos es no hacer daño.

En tercer término, me voy a referir al clima de conflictividad continua en que vive el sector de la salud, en especial, las distintas especialidades médicas como pediatras, ginecólogos, cirujanos y anestesistas, agrupados en la Sociedad Anestésico-Quirúrgica, en FEMI o en el Sindicato Médico del Uruguay, que se sienten excluidos de la participación que naturalmente les debería caber como prestadores principales de los servicios y como quienes asumen la mayor responsabilidad. Además, esta conflictividad recae sobre la calidad de los servicios porque afecta la relación de confianza mutua que debe existir entre el médico y el paciente. Cuando ella no existe, es muy difícil concurrir a un consultorio para decirle al doctor lo que se siente y confiar en que el profesional es el que sabe y que hará todo lo posible para solucionar el problema. Este clima de conflictividad afecta profundamente esa relación médico-paciente.

En cuarto lugar, quiero mencionar el riesgo en que incurre el personal de la salud, sobre todo el que trabaja en tareas asistenciales de alta complejidad, donde los tiempos y las decisiones son inmediatos y las repercusiones de esas decisiones tomadas en forma inoportuna pueden causar una secuela de por vida o, peor aún, la muerte. Existe el riesgo de incurrir en omisión o en error involuntario, situaciones que han sido señaladas específicamente por las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay y del Colegio Médico del Uruguay. Este no es un tema político, sino que tiene que ver con la confianza que la población debe tener en el sistema y en aquellos en quienes la población confía el cuidado de su salud. Si las condiciones laborales no son las adecuadas para desempeñar esa tarea, el personal de la salud queda ante un dilema de hierro por el que o abandona el cargo y queda un vacío o acepta trabajar en estas condiciones, asumiendo una responsabilidad que no debería.

Por otro lado, también vamos a hablar de abusos de poder incurridos como consecuencia de decisiones administrativas arbitrarias, evidenciadas mayormente por decisiones de uno de los integrantes del Directorio de ASSE, el señor Alfredo Silva, supuestamente en representación de sus funcionarios. Esta persona decide por sí y ante sí qué sumarios se prosiguen y cuáles se interrumpen; qué investigaciones administrativas se realizan y cuáles no, quitando todo tipo de garantías para el personal de la salud. Quiere decir que el que se aplique o no toda la normativa referente a los funcionarios públicos dentro de ASSE depende de la voluntad de este señor todopoderoso. Esto crea un clima de terror porque el único mecanismo que les queda a los funcionarios es recurrir ante la Inspección General de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, que les dará la razón y atenderá sus casos en forma oportuna o no. Mientras tanto, el salario de esos funcionarios queda dependiendo de decisiones arbitrarias que nunca se vieron en la historia del país desde la recuperación de la democracia. Aquí es como si hubiera nuevamente ciudadanos de categoría A, B y C y quienes quedan comprendidos en esta última y no tienen la bendición de quien dice representar a los funcionarios en el Directorio de ASSE, pueden considerarse prácticamente expulsados del servicio, porque se les van a reducir los sueldos, a rebajar las tareas de responsabilidad, son perseguidos, trasladados y, finalmente, quedan en el ostracismo. Una jefa de servicio del Hospital Pereira Rossell –poseedora de una enorme calidez y capacidad– dijo que si uno informa sobre la realidad, está sacando el boleto a Siberia, a menos que esté de acuerdo con el gremio.

Asimismo, señor Presidente, voy a desarrollar también algunos casos de corruptela o, al menos, de grosera ineficiencia en la gestión de los recursos humanos en servicios especializados como son los CTI, en relación con equipamientos que están instalados desde hace años pero nunca fueron puestos en funcionamiento, ambulancias que hace dos años se retiraron para ser reparadas y todavía están en el mismo taller al que fueron llevadas y material asistencial que se descarta en la vía pública, cuando todavía está en período de vigencia.

Hay otro asunto que es más increíble aún y tiene que ver con acuerdos por escrito entre la Federación de Funcionarios de Salud Pública y la Dirección de algún hospital, por el cual esta última renuncia a llevar adelante determinados sumarios y, en cambio, los canjea por una investigación administrativa, como una especie de garantía de cuasi impunidad en la cual se puede actuar o no.

Finalmente, y teniendo en cuenta que aquí estamos hablando del Sistema Nacional Integrado de Salud y no solamente de ASSE, quiero destacar el riesgo de inminente colapso económico y asistencial de las principales instituciones de asistencia médica colectiva de Montevideo. En particular, me estoy refiriendo al Casmu, a la Asociación Española de Socorros Mutuos y al Servicio Médico Integral, instituciones que debido a razones financieras, económicas y asistenciales –en las primeras, debido al déficit en los recursos que reciben y, en las segundas, por haber ingresado muchísimos más usuarios de los que estaban preparadas para asistir–, están prácticamente en situación de colapso. En ese sentido, hablaremos de los déficits económicos. Un ejemplo de esto es el Casmu, que ya va por el segundo fideicomiso, pese a lo cual no puede pagar las cuentas; y la Asociación Española, que va por el tercero y tampoco puede hacerlo. Lo cierto es que ha refinanciado su pasivo por tercera vez, a costa de sus futuros ingresos, los que necesitará para atender a los pacientes que reciba. Por otra parte, si no percibe estos ingresos y paga el fideicomiso, no podrá atender a los pacientes y viceversa. Hoy el colapso está tan cerca que prácticamente no puede hacer ninguna de las dos cosas y no tiene opción. Eso lleva a tener nuevamente feriados quirúrgicos, los que han sido decretados entre el 1.º de junio y el 31 de agosto. ¿Qué significa esto? Si bien lo vamos a tratar con mayor profundidad más adelante, anticipo que lo que quiere decir es que se posponen operaciones que, si bien no son de urgencia ni oncológicas –es decir, para pacientes con cáncer–, tendrían que realizarse en esos tres meses; sin embargo, quedan para más adelante. Y así se van acumulando, lo que nos va a llevar a situaciones parecidas a las que hubo a fines del año 2010, cuando se debió decretar una emergencia para poder resolver el problema de las listas de espera para atención quirúrgica, que eran prácticamente incompatibles con una buena situación de salud.

Pero no queda solamente allí el problema del funcionamiento del mutualismo, sobre todo en Monte-

video, aunque también en algunas instituciones del interior del país.

Asimismo, están los tiempos de espera para las consultas con algunas especialidades, que son de dos, tres y cuatro meses; también está el problema del valor de los tiques y de las órdenes, que hace que muchos pacientes les pidan a sus médicos que por favor no les indiquen tantos exámenes porque no los pueden pagar. O sea que la persona pagó su cuota mutual o hizo su aporte por medio del Fonasa, pero luego, cuando necesita recurrir a esos servicios, a los que tiene derecho y por los que está asegurado, resulta que por la vía de la realidad de lo que estos cuestan en términos de tasas moderadoras, no puede utilizarlos. Y todo esto se ve agravado, además, por una especie de embestida ciega del ex-Ministro de Salud Pública, economista Olesker, en cuanto a que el resultado importante era incrementar el número de beneficiarios del Fonasa a como diera lugar; y así fue como destruyó el Sistema Notarial de Salud, levantando a los escribanos en vilo porque se les deshacía lo que ellos, solidariamente, habían construido. Algo igual ocurrió con las Cajas de Auxilio, que también fueron incorporadas contra su voluntad, salvo algunas, en las cuales el ex-Ministro tenía intereses especiales porque había sido asesor: me estoy refiriendo a la Caja de Auxilio de los trabajadores de la industria tabacalera.

Todo esto es penoso, señor Presidente; para una persona que se ha dedicado a la salud, que está mucho más cerca del final que del principio, esto es muy penoso y muy preocupante. Yo quisiera reflexionar paso a paso sobre las situaciones que estamos viviendo para encontrar cuáles son las causas que se pueden modificar, que pueden enderezar el rumbo de este barco, compartirlas con la señora Ministra, con el Directorio de ASSE, y retirarnos de aquí en el día de hoy habiendo contribuido a que esta situación se revierta y empiece a mejorar, y no que se siga deteriorando.

La señora Ministra Muñiz, por cierto, no es responsable de esta situación como Ministra. Asumió a fines de febrero; lleva cuatro meses en el cargo. Sería totalmente indecente de mi parte atribuirle la totalidad de la responsabilidad. Pero el equipo ministerial y el que conforma la Dirección de ASSE llevan varios años en estos cargos de Gobierno, rotando de una función a otra. La propia señora Ministra, antes de ocupar este cargo, dentro de ASSE se desempeñaba como la Directora responsable de todos los hospitales del interior del país y, por lo tanto, no era una figura que estuviera excluida de las responsabilidades de contralor y de buen funcionamiento de esos establecimientos dentro de ASSE; el Subsecretario, previo a serlo, al inicio del mandato del doctor Venegas, era el Director de Planificación Estratégica del Ministerio de Salud Pública, que también es un cargo de confianza; la Presidenta del Directorio de ASSE, antes de ser nombrada como tal, era la Directora del Centro Hospitalario Pereira Rossell. O sea que, si bien la señora Ministra per se no es responsable de esta situación, el equipo de Gobierno del Ministerio y de ASSE sí son responsables, porque todos ellos han ocupado cargos de confianza de enorme responsabilidad desde el comienzo de actuación del actual Gobierno.

Quiero hacer una última referencia con relación a este tema, acerca de la situación particular, tanto de los representantes de los usuarios como de los de los funcionarios, en la Junasa y en el Directorio de ASSE, pero particularmente en el Directorio de ASSE. La ley de creación de ASSE, de noviembre del año 2007, establece que los representantes de los usuarios y de los funcionarios serán electos sobre la base de la reglamentación que dictará el Poder Ejecutivo. Esto lo señalamos en julio de 2010, cuando se nombraron las autoridades de ASSE; lo reiteramos cuando el señor Ministro Olesker vino a la Comisión General a que hacía referencia; se lo reiteramos al señor Ministro Venegas cuando asumió como tal; se lo reiteramos a la señora Ministra Muñiz cuando asumió como tal. Y aún hoy, seis años más tarde, el decreto reglamentario no se ha dictado. Seguimos en ambos Directorios, pero particularmente en el de ASSE, con representantes que no son tales, sino personas elegidas y nombradas "a dedo" en la forma más baja de politiquería que uno se pueda imaginar.

Si hubo una persona que en este país se encargó de defender a los usuarios, fue la señora Barrera, quien trabajaba con Juan Pablo Terra y era su persona de confianza. Y cuando Juan Pablo muere como consecuencia de un acto de mala práctica médica, ella decide iniciar, en el año 1996, un movimiento de defensa de los usuarios de la salud. ¡Nadie tenía más credenciales que ella! ¡Que conste que ella no es de mi partido; ni si quiera sé de qué partido político es! Sí sé que organizó una ONG, le dio una constitución, una estructura, y ahí cualquier usuario que tuviera no solamente una queja, sino también una falta de información con respecto a cómo era la mejor forma de solucionar su problema, podía recurrir a esa oficina que funcionaba en una dependencia del Ministerio de Salud Pública aunque, reitero, era una organización no gubernamental totalmente independiente. Cualquier persona podía recurrir allí sabiendo que iba a encontrar un oído atento y un consejo honesto y serio. Pues a la señora Barrera no se la designó como representante de los usuarios por un mal entendido político entre la anterior Ministra de Salud Pública y ella, y tenemos en su lugar a un señor del cual nunca hemos escuchado una voz en defensa de los usuarios: el señor Wilfredo López.

Como representante de los trabajadores tenemos a un señor que fue dirigente de la Federación de Fun-

cionarios de Salud Pública; pero en ASSE no trabajan solamente funcionarios no médicos, sino también funcionarios especializados que tampoco son médicos y, además, funcionarios médicos, tanto en Montevideo como en el interior, y estos no tienen ninguna representación.

Yo lo digo con todas las letras: los señores Alfredo Silva y Wilfredo López están usurpando esos lugares con el beneplácito del Poder Ejecutivo y con la venia de este Cuerpo. Y lo voy a señalar todas las veces que sea necesario, porque ahí nacen muchos de los males de los cuales más adelante vamos a hablar en el día de hoy.

Señor Presidente: la convocatoria establece claramente que esta Comisión General es para hablar del estado de situación y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, con énfasis en la calidad de la atención brindada durante el embarazo, el parto y el puerperio. ¿Por qué se plantea esto? ¿Por un capricho? ¿Por qué ocurrieron una serie de muertes que llamaron la atención de la población? No, no es exclusivamente por ese motivo, señor Presidente. Usted y el Cuerpo recordarán que a poco de asumir como Senador en reemplazo del Intendente Germán Coutinho, pedí realizar una exposición especial sobre un tema que, desde mi punto de vista, es esencial para que la población uruguaya en situación de pobreza e indigencia pueda salir de ella, que es el tema del desarrollo infantil. Y recordarán también que hubo catorce o quince intervenciones de Senadores de todos los partidos. En aquella instancia concordamos entre todos que el desarrollo infantil, el desarrollo durante la gestación y en los primeros 36 meses de vida era esencial para lograr un crecimiento con la totalidad del potencial en lo emotivo, en lo social, en lo cognitivo, como ciudadano, en lo motor. Además, en aquella oportunidad dijimos –y lo vamos a repetir en el día de hoy, porque fue un hallazgo que dio pie al actual programa “Uruguay Crece Contigo”, que se deriva del programa “Canelones Crece Contigo”– que a los 36 meses de vida una tercera parte de los menores de 4 años tenían rezagos en el desarrollo cognitivo y emocional. Y señalamos también que una tercera parte de esa cifra, o sea, un 10 % u 11 % del total, no solamente tenía rezagos, sino que tenía retrasos, entendiendo por tales no haber alcanzado los índices de desarrollo correspondientes no a su edad, sino a 12 meses por debajo de su edad calendario. Es muy difícil que esos niños después puedan ser recuperados y devueltos a un nivel normal de desarrollo. No hay más que hablar con las maestras, quienes muchas veces nos dicen que, por más esfuerzo que hagan, no logran sus objetivos, porque estos niños no tienen la capacidad intelectual como para poder aprender.

Estos males, que vemos a los cinco, seis o siete años, se originaron en los primeros dos o tres años. Entonces, lo que importa es el desarrollo infantil, la salud como un bien psicofísico-social, como dice la Organización Mundial de la Salud. Esas secuelas de un mal desarrollo infantil se arrastran de por vida, sobre todo cuando implican retrasos cognitivos, dificultades de aprendizaje y resultados negativos en lo emocional, en lo que tiene que ver con la expresión de la agresividad y la conflictividad.

¿Qué tiene que ver esto con lo que vamos a hablar? Tiene muchísimo que ver, porque los cuidados de la salud, aun antes del embarazo, durante la edad fértil, pero particularmente durante el embarazo, el parto y el puerperio, son el inicio de ese despegue del desarrollo al que tiene derecho todo ser humano, todo uruguayo y uruguaya independientemente de su condición social. Obviamente, la negación absoluta del desarrollo infantil es la muerte infantil, la muerte perinatal, porque ahí no hay nada para desarrollar.

No sé si el señor Senador Lorier me está pidiendo una interrupción, pero quiero advertir que durante mi intervención, que va a ser bastante extensa, no voy a conceder interrupciones.

Los cuidados médicos en la edad fértil, en el embarazo y durante el nacimiento son esenciales para que comience un desarrollo normal conducente a lograr el máximo potencial posible, pero además son esenciales para conservar la salud de la madre.

El día 30 de abril, la señora Ministra de Salud Pública y los integrantes de ASSE que están presentes aquí hoy concurrieron a una sesión de la Comisión de Salud Pública, que se realizó con iniciativa doble. Por un lado, la señora Ministra quería presentar su plan de trabajo y, por otro, algunos de los integrantes de la Comisión queríamos formularle algunas preguntas y cuestionamientos que teníamos con respecto al equipo que estaba actuando tanto en el Ministerio como en ASSE. En esa oportunidad le planteamos verbalmente, y luego lo formalizamos a través de un pedido de informes, la situación de diez muertes que habían ocurrido y que no tenían, desde nuestro punto de vista, justificación adecuada. Pero poco tiempo después, cuando muchas de esas muertes se referían a óbitos fetales, o sea, a muertes que ocurrían durante las últimas semanas del embarazo, salió una noticia de prensa referida a un estudio realizado en el Hospital Pereira Rossell, donde se decía que en el año 2012 habían muerto 110 bebés más en ese hospital. Se pasó de 9 a 11 muertes cada 1.000 nacimientos. En el año 2011 habían muerto 420 niños; y en el 2012, fueron 530. Y se dice más adelante que de cada 1.000 nacimientos, 11 nacieron muertos, o sea, fueron óbitos fetales, en tanto que en el año 2011, habían sido 9. Un cambio de 9 a 11 por 1.000 no es banal cuando estamos hablando de tasas de mortalidad infantil que son de un dígito. Es un cambio muy importante. Y

las muertes neonatales o los óbitos fetales, en general, no dependen tanto de la condición socioeconómica de la madre, sino también, y en algunos casos en forma fundamental, de la calidad del servicio que se brinda a esa embarazada y a ese recién nacido. Si la calidad del servicio es pobre, el resultado es este: un aumento de la mortalidad neonatal, un aumento de los óbitos fetales.

Estuvimos buscando por varios lugares, señor Presidente, las cifras de mortalidad infantil del año 2012. Sabemos la cantidad total de nacimientos, que, por suerte, para alegría del país, fueron muchas más que en el año 2011. El año pasado el Uruguay tuvo 49.500 nacimientos. Pero no pudimos encontrar –a pesar de estar ya en el segundo semestre del año– ni en las páginas del Ministerio de Salud Pública, ni en las páginas del INE, ni en el Sistema Informático Perinatal, las cifras de la cantidad de muertes ocurridas en el primer año de vida, con lo cual se puede calcular la tasa de mortalidad infantil. Espero e invito a las autoridades a que brinden esa cifra en el día de hoy.

Teniendo una mayor cantidad de nacimientos, es decir, aumentando el denominador, es muy probable que podamos observar –¡y lo haremos con alegría!– un descenso de la mortalidad infantil. Esto sería muy importante para retomar el sendero de la disminución de este indicador que muestra el estado social de la población. Si la cantidad de muertes fetales –el número absoluto– en el año 2012 fue igual a la del 2011 simplemente por haber habido más nacimientos, esa tasa va a descender. Sin embargo, de haber aumentado proporcionalmente más de lo que lo hicieron los nacimientos, esa tasa va a ascender.

En vista de este panorama –que no es el más favorable para un buen desarrollo infantil, sobre todo de las poblaciones más necesitadas–, fuimos a hurgar en los casos acontecidos para descubrir por qué estaban ocurriendo. El primer caso que les cuestionamos a las autoridades de ASSE y a la señora Ministra de Salud Pública, es el de un óbito fetal ocurrido en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. La señora Ministra tuvo la gentileza de contestarnos el día 2 de julio –antes de ayer– de una manera –le pido que no lo tome a mal, señor Presidente– que es de corte jurídico defensivo, frente a una especie de posible juicio por mala práctica. La explicación brindada no nos indicó qué fue lo que ocurrió, por qué ocurrió y cómo se puede corregir; no fue una contestación a un pedido de informes que uno esperaría entre colegas que están preocupados por la salud.

El resumen remitido por quien habla el día 30 de abril a la señora Ministra de Salud Pública, dice así: «Se trata de una mujer que el día 12 de noviembre del año pasado, a las 15 horas, consulta en la Emergencia del Pereira Rossell cuando está cursando su tercera gestación, la que ha sido bien controlada y que está en período cercano al parto, –es decir, en las cuarenta semanas de gestación– "una mujer de 35 años que" –entre comillas, por lo que dice la historia clínica– «consulta por contracciones uterinas dolorosas y por pérdida del tapón mucoso"». Estos son signos del inicio del trabajo de parto; lo sabe cualquier partera, lo sabe cualquier mujer que haya tenido hijos, lo sabe cualquier abuela. Continúa el informe: "Vista por ginecólogo de guardia, esta no constata contracciones dolorosas, –o sea, la ginecóloga sabe si a la mujer le causan dolor o no las contracciones que tiene– pero constata, también, un tono uterino –es decir, una tonicidad del útero normal– y latidos fetales normales. Constata, además, la genitorragia", que es la pérdida de sangre por las vías genitales. Y termina esa parte de la hoja de consulta: "Diagnóstico: preparto. Se indica: alta con control en Policlínica y se plecan los signos y los síntomas de reconsulta precoz". Esta misma mujer vuelve menos de veinticuatro horas más tarde –es decir, el 13 de noviembre– a las 14 horas y consultando por disminución de movimientos fetales. Al examen no se constatan latidos fetales ni con el estetoscopio ni con el monitor electrónico. El cuello central está borrado, tiene siete centímetros de dilatación, se produce un óbito, es decir, la muerte de un feto que veinticuatro horas antes estaba vivo. Uno puede llegar a decir que es un error que le puede pasar a cualquiera. ¡No, señor Presidente, no es un error que le puede pasar a cualquiera!

En el año 2007, el Ministerio de Salud Pública –con muy buen criterio– dictó una guía clínica, como parte de un protocolo, llamada "Normas de atención a la Mujer en proceso de Parto y Puerperio". Esta guía en su página 13, numeral quinto, define el inicio de un trabajo de parto con una hemorragia genital como una situación de alto riesgo, y la indicación que da es que la mujer debe quedar internada en un centro donde haya posibilidad de ser operada de emergencia, es decir, en forma inmediata, en caso de ser necesario porque puede requerirse una cesárea.

El 12 de noviembre de 2012, estas normas que son del año 2007 y luego fueron reafirmadas en el 2008 e incluidas en normas más amplias aún, luego de aprobarse la Ley de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en el año 2010, ¿no estaban vigentes? ¿No había que cumplirlas? ¿No se podían cumplir en el Hospital Pereira Rossell o en el Hospital de la Mujer, principal Maternidad del país? Si no se pueden cumplir allí, no se pueden cumplir en ningún lado.

Preguntamos por ese caso porque, obviamente, había un incumplimiento de las normas clínicas que el propio Ministerio de Salud Pública le dicta a todo el sistema de salud, no solamente a ASSE. La respuesta al pedido de informes, señor Presidente, dice

textualmente entre comillas, lo siguiente: "Se tramitó por expediente –contiene una serie de números que refieren a la Unidad Ejecutora, etcétera– 35/2013. Existe resolución sin número de la Dirección General y del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, del 22 de enero de 2013, que actualmente está para informe del instructor en plazo". Esa fue la contestación. ¿Ustedes se imaginan, señor Presidente, señores colegas del Cuerpo, si fuéramos nosotros quienes estamos en la situación de tener un embarazo que un día está bien y al día siguiente el bebé está muerto y ocho meses más tarde la respuesta que se le da a un Senador de la República, que reclama saber específicamente qué pasó en ese caso, es: "Existe resolución sin número de la Dirección General y del Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell, del 22 de enero de 2013, que actualmente está para informe del instructor en plazo"? ¡Nunca he visto nada más burocrático! ¡Nunca he visto nada más frío! ¡Nunca he visto nada menos informativo! Discúlpeme, señor Presidente, esa no es una respuesta; es la reacción de un abogado que trata de evitar un juicio contra el Estado, lo que me parece bien porque el resultado de ese juicio se va a pagar con los impuestos que pagamos todos los ciudadanos. Pero esa no es la respuesta que esperamos de un Ministerio de Salud Pública que va a defender nuestra salud, que va a defender la salud a través de ASSE, que va a defender la salud de los más débiles, de los que no pueden recurrir al abogado más especializado, que tiene el mayor conocimiento y los mayores contactos.

Esto no es una respuesta, señor Presidente, ¡esto es una burla! ¡Y no es la única! Todos los demás casos fueron contestados en el mismo tono, salvo uno: el de la paciente que falleció en Paso de los Toros el día 17 de marzo, en el que la respuesta brindada por el Ministerio –que la vamos a ver en detalle– es exactamente igual, pero los dichos del día de ayer emitidos por la prensa indican que se iniciaron sumarios a tres médicos. Eso que se le pudo decir a la prensa el 3 de julio no se le podía comunicar al Senador Solari el 2 de julio. Estamos hablando de muertes maternas y de muertes fetales, no de tornillos para armar la regasificadora. No; estamos hablando de seres humanos, de vidas humanas, de la vida de la gente más humilde de este país.

Caso número dos: muerte de un recién nacido prematuro en la policlínica Badano Repetto, en Piedras Blancas, en las inmediaciones de Capitán Tula y José Belloni; no estamos hablando del Uruguay rural profundo sino de la periferia de Montevideo, a 20 o 25 minutos de ambulancia del Pereira Rossell. El día 24 de noviembre de 2012, a las 4:30 de la madrugada, nace un varón, prematuro severo, de 27 semanas de gestación; o sea que sus chances de sobrevida eran pocas, por no decir bajísimas. El parto se produce en la propia policlínica –obviamente fue de urgencia, porque ese no es un lugar adecuado como para atender partos– y se pide al Centro Hospitalario Pereira Rossell el traslado de ese recién nacido en una ambulancia especializada a la Unidad de Cuidados Intensivos de recién nacidos de ese Centro para ayudar a ese niño a luchar por su sobrevida. Pero, ¿qué ocurre, señor Presidente? Que a las 6 de la mañana hay un cambio de turno –a esa hora se retira parte del personal e ingresa a trabajar otro–, y como el traslado hasta Piedras Blancas y vuelta hasta el Pereira Rossell podía insumir un tiempo más allá de las 6 de la mañana, se posterga para el siguiente turno. Finalmente, la ambulancia es despachada desde el Pereira Rossell hacia la policlínica de Piedras Blancas, pero a las 7:30 de la mañana. En el camino les avisan que el bebé había muerto y que, por lo tanto, volvieran al Pereira Rossell.

No sabemos, señor Presidente, si esa muerte era o no evitable; probablemente no lo fuera –lo digo con total honestidad, a pesar de que hay recién nacidos de esa edad gestacional que sobreviven, aunque son excepciones y en muchos casos lo hacen con secuelas–, pero la Guía Clínica establece que la atención de un recién nacido prematuro tiene que hacerse en un centro especializado y, de no ser así, debe ser trasladado de inmediato a un centro especializado. "De inmediato" no significa tres horas más tarde; "de inmediato" quiere decir "ya". ¿No podemos en Uruguay tener una ambulancia que vaya ya hasta Piedras Blancas a buscar a un recién nacido que está luchando por su vida porque hay un cambio de guardia de choferes y de enfermeros?

Estoy seguro de que esto no ocurre ni siquiera con la reposición de los cajeros automáticos, pero sí ocurre con los recién nacidos prematuros más pobres de este país.

La contestación al pedido de informes con respecto a este caso dice: "Expediente n.º 686-2013, que contiene agregadas referencias –es decir, otros expedientes– donde consta lo actuado por el Centro Hospitalario Pereira Rossell y por la Red de Atención Primaria Metropolitana. Se dictó resolución –sin número– de la Dirección General y del Hospital Pediátrico, de fecha 7 de diciembre de 2012, y se dictó otra resolución" –sin número– de la Dirección de la Red de Atención Primaria, de fecha 25 de abril de 2013", es decir, cinco meses más tarde. "Tratándose de procedimientos investigados por distintas unidades ejecutoras relacionados con una misma causa y objeto, por razones de orden, el conjunto de actuaciones está siendo unificado –lo que comúnmente se conoce como encordonamiento de los expedientes– y habrá una nueva resolución administrativa a fin de dar un dictamen final".

Han transcurrido siete meses, señor Presidente; tienen que pasar siete meses para que se inicie una investigación en diciembre, se inicie otra en abril, se junten esos dos expedientes y se vea qué se hace con el caso. Mientras tanto, el abuelo de este prematuro fallecido –que es un policía que presta el Servicio 222 de vigilancia en la policlínica Badano Repetto– inicia una denuncia judicial porque entiende que la actuación no fue adecuada.

Reitero, señor Presidente, que la respuesta que dio el Ministerio al pedido de informes no fue una respuesta de preocupación por la salud, sino una respuesta de preocupación por el procedimiento administrativo que, además, fue totalmente inadecuado y dilatado en el tiempo, pues no se puede iniciar una investigación administrativa cinco meses después de haberse producido un hecho como el que acabo de relatar.

Tercer caso: se trata de un lactante de cinco semanas de vida que muere en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. En este caso sí nos ubicamos en el Uruguay rural profundo y vemos cómo allí, en el Uruguay rural profundo, los servicios de salud existen y, sin embargo, fallan en el Uruguay urbano superficial. Como decía, se trata de un lactante de cinco semanas de vida del pueblo Arévalo, en la zona rural del departamento de Cerro Largo. Este niño nace con una hernia inguinal congénita –muy común en los recién nacidos–, que en un determinado momento se agranda y se estrangula. En esa pequeña bolsita entra un asa intestinal y se cierra la circulación de tal manera que, si continúa en esa situación durante un cierto tiempo, esa asa intestinal se necrosa. Si eso ocurre, se produce un trasvasamiento del líquido intestinal al peritoneo, generando una peritonitis, lo que trae como consecuencia una septicemia y, finalmente, la muerte. Pues bien, cuando los padres constatan que la hernia se ha estrangulado, lo llevan a la policlínica de Santa Clara de Olimar, donde el recién nacido es visto. Como allí ven que la hernia se tranca y se destranca –también es muy común que eso suceda, y son las más peligrosas porque encubren dentro del cuerpo una situación mortal–, lo trasladan al hospital departamental de Cerro Largo, en Melo.

En este hospital es seguido clínicamente durante 24 horas, y finalmente deciden que ahí no es el lugar apropiado para tratar a este recién nacido que empeora en su cuadro clínico –con síntomas de infección muy importantes e, inclusive, de peritonitis– y deciden trasladarlo al Centro Hospitalario Pereira Rossell. La ambulancia es despachada del Hospital de Melo hacia el Pereira Rossell, donde el lactante llega a las 7 y 30 de la mañana. A esa altura ya se había coordinado con la Unidad de Recién Nacidos para que este paciente fuera operado inmediatamente después de su llegada, señor Presidente, porque era un caso gravísimo ya que a esa altura tenía todos los síntomas de una peritonitis en plena evolución: abdomen timpánico, fiebre, convulsiones; tenía todo. Sin embargo, a las 7 y 30 de la mañana no ingresa a la Unidad de Recién Nacidos, sino que ingresa a Emergencia y recién es operado a las 11 de la mañana o, mejor dicho, se lo trató de intubar a esa hora para proceder a la intervención quirúrgica a los efectos de quitarle la parte de intestino que está necrosada, pero el paciente fallece.

Tenía cinco semanas de vida.

Uno se pregunta por qué va a Emergencia y por qué le hacen nuevamente estudios, cuando el paciente ya venía coordinado para ser intervenido. Señor Presidente: lamento lo que voy a decir, pero este paciente no fue de inmediato al *block* quirúrgico del Hospital Pediátrico porque el cirujano que estaba de guardia no estaba en el hospital. La guardia terminaba a las 8 de la mañana, el médico que terminó la guardia se fue, y el que entraba, recién lo hizo a las 11, y cuando llegó dijo: "Prepárenlo, intúbenlo que lo voy a operar". Tampoco sé si se hubiera salvado si lo hubieran operado a las 8 de la mañana; nadie puede saberlo. Nadie puede decir con certeza cuál hubiera sido el resultado, pero lo cierto es que esas tres horas y medias adicionales de agonía no ayudaron a este niño a luchar por su vida. No estamos hablando de lo que pasó en Arévalo, en el Uruguay profundo; estamos hablando de lo que pasó en el Hospital de Melo donde, contra los protocolos de atención, lo tuvieron durante 24 horas; y de lo que pasó en el Pereira Rossell donde lo tuvieron, también contra los protocolos, durante tres horas y media.

El informe del Ministerio de Salud Pública de fecha 2 de julio –ese informe que no tiene ni una gota de humanismo– dice: "Expediente 1018/2012. Resolución s/n del Hospital Pediátrico del 19 de diciembre de 2012. Para informe de médico legista". Hace siete meses que ocurrió este hecho y todavía no hay ningún responsable.

Lamento, señor Presidente, si esta parte de la exposición luce tediosa o lo es; lamento si algunos de los señores Senadores no pueden prestar atención durante la totalidad de mi exposición –aunque veo que lo están haciendo con mucho respeto, lo que agradezco–, pero creo que es necesario que veamos estos casos uno por uno, porque no se trata de que falten recursos, de que no haya personal capacitado para actuar, sino que el personal no está en el lugar en el que debe estar, donde se le paga para que esté.

El próximo caso es el de la parturienta que concurrió al Hospital de Pasos de los Toros el día 17 de marzo de este año, respecto del cual, coincidentemente, en el día de ayer la Dirección de ASSE decidió iniciar

tres sumarios. ¿De qué se trata? Se trata de una mujer embarazada de 37 semanas –es decir que estaba próxima a la finalización del embarazo–, que a las 3 de la madrugada consulta en la emergencia del Hospital de Paso de los Toros por una pérdida de sangre, una hemorragia genital, sin contracciones uterinas. Esa embarazada fue vista por la partera de guardia, la que consultó al médico de guardia por no haber anestesista ni ginecólogo en el hospital, ni siquiera de retén. El Director del hospital, doctor Fraga –sumariado desde el día de ayer– indica que se dé cumplimiento al protocolo y, ¿qué dice el protocolo? El protocolo dice: traslado inmediato a otro hospital donde pueda ser atendida, en este caso, al Hospital de Durazno o, si este no contara con personal adecuado, al Hospital de Trinidad, en Flores. Son 40 minutos de traslado en un caso y 70 minutos de traslado en el otro; recordemos que estamos hablando de las tres de la mañana. Mientras se realizan averiguaciones en ambos hospitales, la partera evalúa que la paciente no resistiría el traslado a Flores, por lo que comienza a inducir el trabajo de parto mediante maniobras físicas. Al no avanzar rápidamente el parto, la propia partera convoca a la ginecóloga de la institución privada de Paso de los Toros, que no estaba de guardia ni en la mutualista ni en el hospital, pese a lo cual accede a apoyar a la partera. Esta es otra sumariada; una voluntaria que concurre a cubrir una falencia del hospital que, además, es funcionaria del hospital, pero que esa noche no estaba de guardia. Pues bien, también se le hace sumario. A las 4 y 30 se produce el nacimiento de un varón –con la ginecóloga presente–, el que nace algo deprimido. La ginecóloga se retira pensando que la hemorragia cesaría después del parto, cosa que no ocurrió. Finalmente, a las 7 y 30 de la mañana, por parte del médico de guardia –que por primera vez se hace presente en este caso que viene desde las 3 de la mañana–, se declara fallecida a la paciente y, por lo tanto, cesan las maniobras de reanimación y de sutura o tendientes a tratar de frenar la hemorragia uterina.

La contestación al pedido de informes que hace el Ministerio de Salud Pública con respecto a este caso dice textualmente: “Expediente 518/2013. Resolución de la Gerencia General de ASSE 1175/2013, de fecha 20 de marzo”, o sea tres días después de ocurrido el episodio. Continúa: “Se culminó el procedimiento de investigación, está en proceso sumarial de los funcionarios actuantes”. Eso es todo lo que dice el informe del 2 de julio. Pero el 3 de julio se dice a la prensa que se sumarió a tres médicos. Como veremos después, señor Presidente, lamentablemente este no es un caso aislado en el Hospital de Paso de los Toros.

En el periódico *La otra voz de Tacuarembó*, que cubre la semana del 7 al 13 de junio de 2013, se hace referencia a este caso y se dice textualmente: “El equipo de gestión del Hospital de Paso de los Toros, integrado por el doctor Alfredo Fraga, el doctor Elías Isper y demás, ha sido duramente cuestionado tras la muerte de Lucía Olveira, –que es la paciente a la que me acabo de referir– razón por la cual fue removido el doctor Fraga de su cargo de Director pero fue puesto en su lugar otro integrante del mismo equipo que ya venía trabajando mal. El Director interino comete los mismos pasos y el ya famoso equipo de gestión no levanta cabeza. Según hemos podido recabar de la interna hospitalaria, siempre tuvo dificultades para prevenir, para coordinar y para ejecutar. En la ciudad isabelina –o sea, en Paso de los Toros– aún se lamentan las muertes de Fernando, Alicia, Lucía y ahora el hijo de Eliana”. Este es otro caso del que vamos a hablar más adelante, porque ocurrió el día 2 de junio, o sea, hace un mes, cuando en conjunto decidimos tener esta sesión.

Quiero hacer notar, señor Presidente, que los sumarios al Director del hospital –el doctor Fraga–, a la médica ginecóloga y al médico de guardia han sido decretados sin removerlos de la actuación y sin suspensión de sus haberes. Muy bien; puede haber razones de servicio que justifiquen esa resolución, pero si ya perdimos varias veces y por goleada y seguimos jugando con el mismo equipo, vamos a seguir perdiendo por goleada; no hay manera de evitarlo con el mismo equipo, los mismos jugadores y los mismos procedimientos.

El siguiente caso es otra muerte fetal, en este caso en el Hospital de Minas, Lavalleja. Tuve la tristísima experiencia de entrevistarme con la madre que iba a dar a luz, y con el padre. Puedo dar fe de que son personas de bien, de trabajo, que son responsables de su vida y que estaban en el inicio de su familia: este iba a ser su primer hijo.

Se trata de una embarazada de 31 años que consulta en el Servicio de Emergencia del Hospital por una hemorragia genital, a las once de la noche del día 21 de marzo. Estamos hablando de su primer embarazo, que había sido bien controlado: tuvo once controles durante su gestación. Pero ante el comienzo de la pérdida sanguínea y siendo consciente de que estaba cerca del parto concurre, como dije, a las once de la noche a la Emergencia del Hospital. Allí la atiende una partera, constata latidos y movimientos fetales pero toma la decisión de que esta paciente no está aún pronta para dar a luz y la envía a su casa. Tres horas más tarde, a las dos de la mañana, según lo que dice la pareja, con la que me entrevisté –y no a las cinco de la madrugada como dice la historia clínica en un borroneo de números que nadie puede creer–, esta paciente vuelve al hospital porque aumenta su pérdida de sangre, y desde ese momento hasta las seis es atendida por una partera que trata de encontrar los latidos fetales y no lo consigue, por lo que, finalmente, decide llamar a una ginecóloga para que la

asista. Es curiosa la llamada a la ginecóloga de guardia, además, porque la partera llama primero al doctor A, quien no estaba de guardia, luego al doctor B, que tampoco estaba de guardia y, finalmente, llama al doctor C, quien sí estaba de guardia en ese Hospital, lo que revela que en este servicio de un Hospital que tiene una Maternidad donde deben realizarse cesáreas de emergencia, quienes están de guardia no saben cuál es el personal que está de retén y que debe asistirlos, por lo que tienen que salir a buscarlo por teléfono. Finalmente, llega la ginecóloga que estaba de guardia, quien no constata latidos fetales, y recién a las dos y media de la tarde le practica una cesárea, o sea, doce horas después de haber llegado la paciente al Hospital y, obviamente, lo que extrae es un feto muerto.

Aquí termina el sueño de esta pareja, en este episodio. Estamos hablando de una paciente bien controlada en su embarazo –como dije, se le realizaron once controles prenatales– y bien estudiada, pues también se le habían efectuado cuatro ecografías; una paciente y una familia preocupadas por su primer hijo, que vendría a incrementar el tamaño de esa familia.

¿Qué dice el informe, la respuesta del Ministerio de Salud Pública al pedido de informes a este respecto, señor Presidente? Reitero que esto ocurrió el 21 de marzo, hace tres meses y medio. Ese informe comienza diciendo: “Expediente 610–2013. Resolución 1411 del 2013, del 9 de abril, de la Gerencia General de ASSE, para informe de médico legista”.

Esta familia no sabe qué fue lo que pasó, por qué murió su feto y sospecha –y comparto esa sospecha– que la información en la historia clínica está siendo adulterada para preservar a aquellos que deberían haber intervenido con otra diligencia y no lo hicieron.

Tras la herida, el agravio; tras el no cumplimiento, el culpar a la víctima. No es así –en los hechos ni en la respuesta al pedido de informes de un Senador de la República– que vamos a mejorar la salud y el desarrollo infantil de los uruguayos. Me animo a decir, además, que no es así tampoco como vamos a defender bien los dineros que los uruguayos nos dan con impuestos, porque en lugar de hacerlo gestionando adecuadamente los servicios que tenemos a nuestro cargo, prestando atención y actuando diligentemente en los casos en que tenemos que intervenir, lo hacemos con medidas defensivas desde el punto de vista jurídico.

El caso n.º 7 es otro óbito fetal, otra muerte fetal, esta vez ocurrida en el Hospital de Durazno. Se trata de una adolescente de 16 años que en la mañana del 27 de marzo, cursando un embarazo de seis meses, consulta en la Emergencia del Hospital de Durazno por dos problemas: dolor e hipertensión arterial. Fue tratada y dada de alta a las pocas horas. Regresa a las cuatro de la tarde de ese mismo día al empeorar su cuadro clínico y comenzar con convulsiones y pérdida de conocimiento. Se intenta trasladarla a un establecimiento que tuviera CTI conjunto para adultos y para niños, lo que no se logra, y se le practica una cesárea a las 19 y 30 horas, extrayéndose un feto muerto del sexo femenino. La paciente es internada en el CTI de adultos de la ciudad y se recupera a las pocas horas. Todo indica que cuando esa embarazada consulta en la mañana, lo hace por una complicación bastante común en el embarazo; no digo común en términos de frecuencia muy alta, pero sí lo suficiente como para que cualquier estudiante de medicina la conozca: se llama eclampsia, y es el aumento de la presión arterial causado por el embarazo, que termina con la culminación de este, es decir, con la extracción del bebe. Según los protocolos de todo el mundo, esta paciente tendría que haber quedado internada y haber sido sometida, inmediatamente, a una cesárea. Pero, en lugar de eso, se la manda para su casa. Obviamente, pierde a su bebe.

El informe del Ministerio de Salud Pública dice nuevamente, en referencia a este caso dice: “Expediente 609-2013. Resolución de la Gerencia General de ASSE n.º 1410, del 9 de abril de 2013”. Es de la misma fecha y está en orden correlativo a la resolución con respecto al caso anterior: uno ocurrido en Lavalleja, el 21 de marzo, y el otro en Durazno, el 27 de marzo.

Señor Presidente: en el mismo Hospital de Durazno, el 17 de abril de 2013, al mediodía, se presenta una embarazada de 27 años a quien se le practica una cesárea. Los familiares relatan que pese a que estaba con hipertensión, se le da de alta dos días después, es decir el viernes 19. Regresa a la Emergencia del hospital el domingo 21, o sea dos días más tarde, con dolor en el pecho e insuficiencia respiratoria: le faltaba el aire. Se autoriza el traslado al CTI de Camedur –que es la mutualista local–, pero fallece por paro cardíaco antes de que el traslado se pudiera concretar. La paciente presenta una evolución que no se compadece totalmente con una eclampsia que, por lo general, cede con la terminación del embarazo. Pero, evidentemente, esta paciente no estaba en condiciones de ser dada de alta, como lo fue, el día viernes.

¿Qué dice la respuesta del Ministerio de Salud Pública? “Expediente 734-2013. Resolución del Centro Departamental de Durazno n.º 88, de 26 de abril de 2013, para informe del médico legista”.

El caso 11, señor Presidente, refiere a una situación que no figura en el pedido de informes, sino que me fue planteada directamente por el viudo. Se trata de una paciente de 33 años que cursaba un embarazo de 5 meses y medio y que el 29 de diciembre consul-

ta en el Centro Hospitalario Pereira Rossell por una hemorragia genital. Se le practica una cesárea y nace un bebe vivo pero muy prematuro que fallece al poco tiempo. La paciente se va de alta el 31 de diciembre del año pasado, teniendo hematuria –pérdida de sangre en la orina–, anemia –falta de volumen sanguíneo– y una intensa astenia, es decir, falta de voluntad para movilizarse. Reitero que era una paciente de 33 años. El día 10 de enero muere súbitamente por una razón que en el Centro Hospitalario Pereira Rossell no fueron capaces de detectar y que relataré a continuación.

La paciente se había extraído sangre el 26 de diciembre en el Centro de Salud Giordano, donde se atendía. El 8 de enero la llaman a su domicilio para decirle que la muestra de orina que le habían extraído estaba intensamente contaminada, es decir que desde el día siguiente a Navidad estaba cursando una infección urinaria. En ese ínterin estuvo internada en el Hospital Pereira Rossell, se le practicó una cesárea, se la atendió y se la mandó a su domicilio con la sintomatología que acabo de relatar. Finalmente, la paciente es llamada por el centro de salud y se le dice: tenemos los resultados de su examen de orina; usted está gravemente enferma porque tiene una infección urinaria. La paciente fallece en plena ciudad de Montevideo como si hubiese estado en Punta de Cinco Sauces, en el medio de Tacuarembó, sin ninguna atención. Nadie pudo darse cuenta de que cursaba una infección urinaria grave.

No quiero pensar, señor Presidente, si a cualquiera de nosotros le hubiera pasado esto con su señora. Acá hay una grave negligencia por parte de varias personas y de varios servicios que intervinieron.

El último caso, señor Presidente, bastante conocido y recogido por la prensa, es el de una mujer de 22 años con 41 semanas y 6 días de embarazo –prácticamente, 42 semanas– que el día de 2 de junio, a las dos de la mañana, realiza una consulta por contracciones uterinas dolorosas en la Emergencia del Hospital de Paso de los Toros. Hice referencia a este caso en la Media Hora Previa de la sesión del día 4 de junio. Esta paciente consulta, reitero, por contracciones dolorosas; es vista por una partera de la Emergencia y enviada a su domicilio, cosa que la paciente se niega a hacer. Permanece allí y, finalmente, es ingresada a las 3 de la mañana. La partera no constata latidos fetales y decide llamar, en consulta, a la ginecóloga de guardia. A las 5 y 30 de la mañana, la ginecóloga constata latidos fetales, pero con ritmo lento, lo que revela un intenso sufrimiento fetal. Hay otras manifestaciones de sufrimiento fetal que son previas al enlentecimiento del ritmo cardíaco, pero nadie las detectó, en un hospital donde hay monitor para hacer monitoreo fetal intrauterino.

La partera de la que estamos hablando es la misma que había actuado el día 17 de marzo, cuando murió la parturienta a la cual hice referencia, como consecuencia de un *shock* por falta de sangre.

La ginecóloga indica que se realice una cesárea, pero no hay anestesista en la ciudad para llevar a cabo el procedimiento. El anestesista que estaba de guardia había realizado un cambio, y quien había acordado cubrirlo se había retirado y estaba viniendo hacia Montevideo; luego de ser avisado en Durazno, vuelve, y finalmente la cesárea se realiza a las 8 y 15 de la mañana.

Según el protocolo clínico del Ministerio de Salud Pública de nuestro país, y según todos los protocolos clínicos, un trabajo de parto con sufrimiento fetal –no solo con sufrimiento fetal avanzado, como en este caso, sino con sufrimiento fetal aun más precoz– es indicación de cesárea de emergencia, o sea, una cesárea que debe realizarse de inmediato. Sin embargo, acá no se realizó de inmediato, sino que transcurrieron por lo menos dos horas entre la indicación de la cesárea y su realización, porque quien debía estar presente no estaba.

Señor Presidente: estos son casos que han resultado en muertes, pero hay otros cuya consecuencia no ha sido el fallecimiento, sino secuelas que perduran durante muchos años y, a veces, toda la vida.

En diciembre del año pasado, en el Hospital de Fray Bentos se atendió a un recién nacido a quien se le realizó un tratamiento con antibióticos por vía venosa. Se coloca una pequeña agujita dentro de una vena y por ahí se pasa un suero que tiene el antibiótico. Pues bien, en este caso en particular, el suero con el antibiótico no entró en la vena, sino que entró y siguió entrando –sin interrupción– en el tejido que rodeaba a la aguja y a la vena, lo que produjo una intensísima quemadura interna. En el interior del brazo derecho del niño hay toda una zona de tejido quemado y necrosado, como si fuera un cono, cuya parte superior es la punta sobre la piel, mientras que su base está adentro. Ese niño fue trasladado a la Uniquer, en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, donde se le realizaron varios injertos de piel para tratar de recuperar el brazo, que afortunadamente ha mantenido, pero hasta que alcance su desarrollo estatural definitivo –o sea, por los próximos 20 o 22 años–, tendrá que seguir siendo injertado, porque la piel injertada no crece al mismo ritmo que el resto de la piel.

Uno se pregunta: ¿cómo puede ser que el tratamiento con antibióticos llegue a ocasionar ese nivel de daño? La explicación que me dio la Directora de la Uniquer fue que este niño, a quien se realizó ese tratamiento en el Hospital de Fray Bentos, no fue controlado, sino que fue dejado como si todo fuera a

funcionar bien, cuando el deber del personal es estar encima del paciente y ver si las cosas funcionan bien o no, porque si no funcionan bien, hay que actuar con rapidez. En este caso, se debió retirar inmediatamente esa vía, de manera que no se produjera la consecuencia que finalmente tuvo lugar.

¿Esto es culpa del personal de enfermería? No lo sabemos. Dadas las condiciones en que se está actuando hoy en muchos establecimientos de ASSE y aun en algunos establecimientos mutuales, la cantidad de personal en relación con la de pacientes internados y tratamientos que tienen que realizar no permite prestar la atención debida a los procedimientos que se están ejecutando, y las consecuencias son las que vemos. No sé si ese es el caso del Hospital de Fray Bentos con respecto a este recién nacido –tal vez lo sea–, pero sí es el de muchos establecimientos, y eso es lo que denuncian persistentemente el Sindicato Médico del Uruguay y el Colegio Médico del Uruguay, señalando que se los está exponiendo a un riesgo que no tienen por qué asumir cuando deben aplicar determinadas técnicas pero no cuentan con el tiempo necesario para hacerlo en forma adecuada.

Señor Presidente, esta parte de la exposición debe ser de los actos más tristes que he tenido que realizar en mi vida: exponer públicamente casos individuales que son la cara visible de ese aumento de la cantidad de muertes fetales a que hice referencia al inicio.

Señor Presidente, señora Ministra: ¡no más muertes evitables en el Uruguay! ¡No más muertes infantiles ni muertes maternas evitables! ¡Tenemos los recursos! ¡Tenemos los recursos humanos! ¡Tenemos los recursos tecnológicos! ¡Tenemos la infraestructura! ¡¿Qué es lo que nos está pasando, que se mueren los fetos cuando están por nacer?!

¡No más ocultamiento de los problemas!

Ayer estuvo en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes el viudo de la señora que falleció el 17 de marzo en Tacuarembó. A través de su abogado, dijo que de parte de ASSE jamás recibió apoyo alguno, ni psicológico, ni de acompañamiento, es decir, de ningún tipo. Sin embargo, la respuesta al pedido de informes dice –en su numeral 4.º, si no me equivoco– que en todos los casos referidos se brindó a la familia la contención, el apoyo y la información que esta requería. Pues bien, en el día de ayer este señor testificó ante el Parlamento de nuestro país diciendo que eso no era cierto. De manera que, una de dos: el señor falta a la verdad o el informe falta a la verdad, pero las dos cosas no son reconciliables. ¿Y saben qué? ¡Yo le creo al señor! ¡Le creo al señor porque perdió lo máximo que tenía, pero no es un deshonesto, es un hombre común, del pueblo! En cambio, quienes hicieron este escrito, esta contestación al pedido de informes, sí tienen qué perder. Por lo tanto, reitero que le creo al señor, como también le creo a la paciente de Minas que dice que volvió al hospital a las dos de la mañana y no a las cinco. Y pienso que tengo mi derecho de creerles a ellos y no a quienes hacen estos informes oficiales, que parecen de la época de la Gestapo, no de un país que se precia de ser humanista.

Señor Presidente, señora Ministra: hay protocolos, hay guías clínicas, hay equipos, hay infraestructura, hay personal capacitado y dispuesto a seguir formándose. ¿Qué es lo que nos está pasando?

Lo que nos está pasando es que no hay gestión asistencial, no hay una gestión adecuada de los establecimientos asistenciales, particularmente de los establecimientos asistenciales públicos. ¿Y por qué no hay gestión asistencial?

En el año 1996, cuando era Ministro, un periodista me preguntó dónde me operaría si tuviera una enfermedad quirúrgica. Respondí que lo haría en el Hospital Maciel. Conocía a todos los profesores de Cirugía que en ese momento estaban al frente de los servicios en ese hospital, sabía que estos funcionaban muy bien, que la gente era responsable, que atendía, etcétera. Entonces, el periodista me preguntó por qué no me atendía en el Hospital de Clínicas, que era mejor. Le contesté que no porque allí mandaba el gremio, y yo iría adonde mandaran los médicos.

Señor Presidente, señora Ministra: ¡hoy en los hospitales manda el gremio, no los médicos! ¡Y el resultado del gremialismo mal entendido y del favoritismo gremial es que no hay gestión! No lo digo solamente yo, también lo dice la doctora María Isabel Ramírez, jefa de Uniquer, ese Servicio de Quemados y Cirugía Reparadora para el tratamiento de los recién nacidos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Ella dice cosas monstruosas. Afirma, por ejemplo, que en su servicio había dos *blocks* quirúrgicos que en determinado momento fueron cerrados, por lo que los pacientes tienen que bajar por ascensor hasta otro piso, donde están los *blocks* quirúrgicos; sin embargo, no hay un ascensor especializado para trasladar únicamente a pacientes quirúrgicos, con la asepsia debida y todo lo que corresponde. No. Entonces se los traslada por el mismo ascensor que utiliza el público y por un ascensor en el que, en ocasiones –no todos los días, pero sí algunas veces–, se traslada también la basura, los residuos hospitalarios.

Pregunto: ¿este es el mundo en el que queremos vivir? ¿Esta es la reforma de salud, señor Presidente? ¿Esto es lo que queremos?

Este escrito, esta contestación a un pedido de informes –le duela a quien le duela– es un informe de

la Gestapo. No es el informe de un sistema humanista, destinado a un Senador que pide explicaciones para tratar de defender a la población. No es una contestación adecuada, de ninguna manera la considero adecuada.

Pero vayamos a otro capítulo que demuestra lo que acabo de decir en cuanto a que yo no me opero donde manda el gremio, sino que me opero donde mandan los médicos. Me refiero a los procedimientos disciplinarios iniciados, sin fundamento, por el señor Alfredo Silva y sus aliados, quienes siembran el terror en cada una de las reparticiones.

En Sarandí del Yí se cambió a la anterior Directora del hospital –una profesional, odontóloga, muy respetada por todo el pueblo, y desde ya aclaro que no es de mi partido– por la Presidenta de la Comisión interna de la Federación de Funcionarios del Hospital de Sarandí del Yí, la auxiliar de enfermería Juanita Schluk. Esta persona tiene sus "protegidos" y sus adversarios. ¿Sobre la base del conocimiento técnico? ¿Sobre la base de la responsabilidad, del cumplimiento de los deberes? No, no. Ella tiene sus "protegidos" y sus adversarios sobre la base de la fidelidad gremial.

Entre los adversarios está la persona que hasta hace un tiempo tuvo a su cargo el archivo clínico –es decir, los registros clínicos donde se archivan las historias médicas–, quien reiteradamente pidió mejoras en la instalación y en el funcionamiento de su servicio. Esta persona no solo no fue atendida en sus reclamos, sino que comenzó a ser perseguida y acosada por la nueva Directora del Hospital de Sarandí del Yí, nombrada en aquella tanda que todos recordamos, cuando se sacaban Directores que sabían de gestión –y, de hecho, venían haciendo una buena gestión– para sustituirlos por personas de confianza de la Federación de Funcionarios de Salud Pública y de su representante en el Directorio de ASSE. La funcionaria encargada del archivo clínico se sintió tan molesta por la situación que estaba sufriendo, que presentó una denuncia de acoso laboral ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Como consecuencia de esa denuncia, a mediados de febrero la Inspección General del Trabajo y de la Seguridad Social da a ASSE un plazo de diez días hábiles para responder a la demanda y corregir las situaciones que la hubieran causado. Sin embargo, hasta el día de hoy ASSE no ha contestado esa demanda.

¿Es así como se protege a los funcionarios públicos del uso abusivo del poder por parte de sus superiores jerárquicos?

El siguiente caso que quiero destacar, es el de Loreley Rodríguez. Se trata de una funcionaria de ASSE muy conocida por el señor Alfredo Silva, en tanto fue su secretaria personal; es más, en el segundo semestre del año 2010 fue enviada como adjunta al Hospital de Paso de los Toros para vigilar –y eventualmente corregir– las decisiones que tomara el entonces Director del hospital, actual Director Departamental de Salud, doctor Carlos Benavídez. Tanto interfirió en el funcionamiento de la Dirección del hospital, que el doctor la devolvió a Montevideo sin retorno, sin pasaje de vuelta. Eso le costó el cargo al doctor Benavídez, pues fue sustituido por el doctor Alfredo Fraga, que sí era de confianza de la comisión interna del hospital. Estamos hablando del mismo doctor Alfredo Fraga que ayer fue sumariado.

En cuanto al doctor Benavídez, vale decir que el pueblo, por iniciativa propia, juntó tres mil firmas para mantenerlo como Director del Hospital de Paso de los Toros, que siempre funcionó sin conflictos.

Continuemos con la reseña de los hechos.

La señora Loreley Rodríguez fue a Paso de los Toros, hizo su tarea y luego fue devuelta al casco central de ASSE como secretaria personal de Alfredo Silva; pero resulta que también comienza a interferir en el funcionamiento de la Dirección a cargo de Silva. El vínculo entre ambos se deteriora: él empieza a destratarla en público y a insultarla frente a otros funcionarios, además de reducirle la compensación –entre otras cosas–, por lo que Loreley Rodríguez, anteriormente de gran confianza, ahora se transforma en enemiga. Ante esto, inicia un juicio por acoso laboral; juicio que fue perdido en primera instancia, pero que está siendo apelado. ¡Digamos toda la verdad!

Una situación similar le ocurre a la señora Ana María Postiglione, que era Secretaria del Directorio de ASSE en el casco central durante la Administración anterior: también destratada públicamente por el señor Alfredo Silva, inicia un juicio por acoso laboral en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Esos son usos abusivos del poder y del cargo: acosos laborales.

Pero también existe la inversa: actuaciones en las cuales el Director de ASSE, señor Alfredo Silva, manda detener procedimientos, por sí y ante sí. Tenemos el caso de la funcionaria Giselle Duarte, del Centro Hospitalario Pereira Rossell, a quien se le inicia una investigación administrativa y un sumario por 37 faltas injustificadas en las que incurrió en menos de un año, desde el 1.º de diciembre de 2011 hasta el 30 de noviembre del año siguiente. Se dispone el sumario, pero desde el 25 de febrero de 2013 está encajonado en la Oficina de Personal del Hospital Pereira Rossell, sin que se movilice por orden expresa, dada en el lugar por el señor Silva. O sea que tenemos perseguidos y protegidos.

¿Este es el ámbito de trabajo en el que se desempeñan los funcionarios públicos encargados de la salud de este país? ¿Un ámbito donde hay perseguidos y protegidos según la afinidad gremial o no con quien está hoy al frente del gremio?, o estaba, porque en muchos de estos lugares ya no está más.

Tenemos algunos otros casos que son de Ripley como, por ejemplo, el de dos funcionarios de lavadero del Hospital de Paso de los Toros. Se constató que, durante meses y meses, en las tarjetas de dos de estos funcionarios, la hora de entrada y la hora de salida del hospital –su lugar de trabajo– eran idénticas. Los funcionarios son Ruben Velázquez y Ruben Espíndola; este último, Presidente de la comisión interna del Hospital de Paso de los Toros. Según la auditoría realizada por ASSE, registran horas de entrada y salida, idénticas, exactas al minuto, en 303 oportunidades. ¡Esto no es que pase una semana; es el funcionamiento de todos los días: Fulano le marca a Mengano la entrada y la salida y Mengano no va a trabajar! ¡Muy bien! Uno de ellos es el jefe de la comisión interna, ¡nada más y nada menos!

La auditoría de ASSE constata esta situación y dispone el sumario. Como resultado de ello –¡curiosamente, señor Presidente!– no se registra ninguna sanción ni advertencia, sino una promoción. Uno de ellos es promovido a Encargado de Personal y el otro a Encargado de la Flota del Hospital. La Flota del Hospital, señor Presidente, tiene dos vehículos, dos ambulancias: una que está en el Hospital y otra que desde hace dos años se encuentra en un garaje de la ciudad de Paso de los Toros para ser reparada y pintada. Reitero: uno de estos funcionarios es promovido a jefe de flota.

¡Por eso yo no me opero en el Clínicas! ¡Me opero donde mandan los médicos, no donde manda el gremio! ¡Me opero con los que tienen la obligación de defender mi salud, no con quienes tienen la obligación de defender solamente los intereses de los suyos!

Repito: la flota son dos ambulancias y una de ellas está en un garaje desde hace dos años.

Ahora bien, esto no es casualidad porque en Paso de los Toros la institución privada llamada SEMI brinda servicios de ambulancia. Los propietarios de esa empresa que brinda servicios de ambulancia son, entre otros, el doctor Alfredo Fraga y el doctor Isper, Director y Subdirector del Hospital respectivamente; el chofer de una de las ambulancias de la empresa privada es uno de estos señores que fue promovido.

Señor Presidente: ¡esto da vergüenza decirlo! ¡No da vergüenza que pase, sino que da vergüenza decirlo! ¡Da vergüenza decirle al viudo de la señora que se murió: "Mire, usted está en una cueva de ladrones. ¡No vaya allí! ¡Allí no lo van a tratar bien! ¡Allí son ladrones!". ¡Por supuesto, no todos, desde ya que no; pero los que dominan son ladrones!

Nunca había visto un sumario que terminara en dos promociones; nunca en mi vida, pero todos los días uno aprende algo nuevo.

Hay un caso también bastante paradigmático, al que se refirió in extenso el señor Senador Moreira en octubre de 2010 –en una sesión en régimen de Comisión General en la que recibimos al Ministro Olesker–, relacionado con un paciente de CTI que fue encontrado muerto en la puerta del ascensor del Hospital de Mercedes. Uno se pregunta: ¿un paciente que está internado en el CTI aparece muerto en la puerta de un ascensor? ¿Qué pasó? ¿Se le movió la camilla? ¿Qué aconteció? Pues bien, para investigar lo ocurrido, la administradora del hospital dispone una investigación administrativa a la enfermera encargada del CTI, o sea, a quien tenía a su cargo el cuidado de los pacientes de CTI –pido al Cuerpo paciencia mientras encuentro el testimonio correspondiente, que es muy interesante–, pero resulta que esa enfermera era de la comisión interna del Hospital de Mercedes, por lo tanto, no formaba parte del grupo de adversarios, sino de los protegidos por el señor Alfredo Silva, integrante del Directorio de ASSE.

Señor Presidente: no sé si la señora Ministra recordará una carta que le fue enviada el 18 de agosto de 2010 por el señor Alfredo Silva, que dice así:

"Montevideo, 18 de agosto de 2010.

De: Alfredo Silva
Director en Representación de los Trabajadores
A: Dirección del Interior Segundo Nivel
Doctora Susana Muñiz

Por la presente, informo a usted que en oportunidad de la presentación de segundo y tercer nivel del interior, metropolitana y la dirección de especializados, realizada en el Ministerio de Salud Pública el viernes 13 de agosto del corriente, personalmente y con la finalidad de evitar un conflicto entre los trabajadores del Centro y la Dirección del Hospital de Mercedes, solicité a la funcionaria Nybia Revetría me informe respecto de un sumario administrativo que ella misma comenzó a un funcionario del referido hospital.

Según se me informara por funcionarios, el procedimiento por el cual se había dado inicio al referido sumario no era correcto, dado que no había denuncia previa. Esta solicitud que le realizara personalmente, motivó que la funcionaria Nybia Revetría no solo me desconociera como autoridad, negándome la información solicitada verbalmente, sino que además

comenzó a realizarme cuestionamientos de índole personal, destrato y falta de respeto, realizando comentarios discriminatorios, en clara violación de lo preceptuado por el artículo 2.º de la Ley n.º 17.817 y el artículo 3.º del Decreto n.º 37/97.

A lo expuesto, debo recordar que existe entre su Dirección, –es decir, la Dirección del segundo nivel del interior desempeñada en ese momento por la doctora Muñiz, actualmente Ministra de Salud Pública– la Dirección del hospital y la Federación de Funcionarios de Salud Pública un acuerdo en realizar una investigación administrativa tendiente al esclarecimiento de los hechos ocurridos, dejando sin efecto el sumario con separación del cargo que se había dispuesto por la Dirección del hospital a instancias de la recomendación de la referida funcionaria. A pesar del acuerdo mencionado, en el día de ayer, la administradora Nybia Revetría, junto al contador del hospital, manifestó que igualmente seguirían adelante con el sumario dispuesto, desatendiendo el acuerdo alcanzado con los funcionarios.

Es por lo expuesto que solicito a usted –es decir, a una subordinada del Directorio, no a un Director– disponga las medidas necesarias para remover de su actual cargo y redistribuir a la funcionaria Nybia Revetría, actualmente encargada de la Administración del Hospital de Mercedes. La referida funcionaria ha demostrado un mal relacionamiento con los funcionarios del hospital y sus superiores".

Señor Presidente: acá se habla de un acuerdo, pues en la carta se expresa: "Debo recordar que existe entre su Dirección, la Dirección del hospital y la Federación de Funcionarios de Salud Pública un acuerdo en realizar una investigación administrativa tendiente al esclarecimiento de los hechos, dejando sin efecto el sumario con separación del cargo que se había dispuesto por la Dirección del hospital". Está claro quién manda; figura por escrito. No manda el Director del hospital; manda el supuesto acuerdo; no manda ni el Director, ni la administradora, ni el jefe de servicio. En realidad, manda este acuerdo de impunidad para quienes no cumplieron con su deber y el acuerdo de sanción, de castigo, a quienes sí cumplieron con su deber.

¡Ese es el panorama de gestión! ¡Eso es lo que explica que tengamos más muertes fetales en 2012 que en 2011! ¡Eso es lo que explica que la gente se sienta en un ambiente de terror, en lugar de sentirse en un ambiente donde se puede cumplir adecuadamente con su trabajo.

Ese no es el único caso. En el Hospital Vilardebó, un paciente, enfermo mental, en este caso un adicto a drogas, denuncia que un enfermero lo somete a acoso sexual, a cambio de medicación y alimentos. O sea que los alimentos y la medicación que normalmente el enfermero le tiene que entregar al paciente para que se cure, tienen un peaje: favores sexuales. El paciente eleva la denuncia a la Dirección del Hospital Vilardebó el 5 de julio del año pasado y se inicia un sumario sin separación del cargo. Ese sumario, por intervención directa de la señora Beatriz Fajián –Coordinadora Ejecutiva del PIT–CNT y Directiva de la Federación de Funcionarios de Salud Pública– está encajonado en el Hospital Vilardebó y no tiene curso.

Queda claro que tenemos perseguidos y protegidos, no por su capacidad o por el celo en cumplir con su deber; no, son perseguidos en función de su lealtad o deslealtad para con el gremio. Esto le hace un enorme daño a la salud, a los pacientes y al gremio. Los gremios no solo tienen protección constitucional, sino que son esenciales para el funcionamiento de la democracia, pero no con estas actitudes ni cuando se ponen a gestionar servicios públicos en función de lo que les conviene o no, desde el punto de vista de la política interna del gremio; no es así. Las autoridades que permiten que esto ocurra no están cumpliendo adecuadamente con su deber.

Señor Presidente: tenemos más situaciones de este tipo. Voy a pedir a la Presidencia que se exhiba la primera parte de un video que hemos preparado, que documenta la situación de dos choferes del Hospital Vilardebó, los señores Pablo López y Michel Vega, que en diciembre del año pasado estuvieron un fin de semana entero en el Chuy, con una ambulancia del hospital.

(Se proyecta un video).

–Reitero: pasaron un fin de semana entero en el Chuy con una ambulancia del Hospital Vilardebó, que estuvo estacionada frente a un hotel. Esto fue denunciado. Como se puede observar, aparece el denunciante, que es un periodista de Canal 4 del Chuy, indicando que esta ambulancia, matrícula AOF 1394, pasó todo el fin de semana del 18 al 19 de diciembre, frente al hotel.

Gracias, señor Presidente, cuando quiera podemos cortar la trasmisión porque el audio no se escucha.

¿Qué pasa con estos dos funcionarios? Pues bien, luego de que la noticia sale en la prensa, la Dirección del Hospital Vilardebó inicia un sumario con separación del cargo y retención del 50 % de los haberes, porque es una falta grave. El 14 de enero de 2013 se inicia el sumario, pasa al Directorio de ASSE y el 25 de enero de 2013 dispone eliminar la parte de la resolución que indica que se le retenga la mitad de los haberes. La resolución del Hospital Vilardebó dice: "Decrétase sumario administrativo con separación de cargo y retención de medios sueldos al funcionario

Pablo César López, Auxiliar IV Servicio, correlativo...". "Notifíquese y tome conocimiento". "Elévase al Directorio de ASSE para su homologación". ¿El Directorio de ASSE respalda al Director del hospital? No, el Directorio de ASSE dice que se realice el sumario pero sin retención de la mitad de los haberes, desautorizando al Director del hospital.

Yo no encuentro explicación posible a estas situaciones en las que, quienes quieren cumplir son sancionados –como vimos en casos anteriores–, y quienes incumplen son beneficiados. No entiendo cuál es el criterio. Después de todo esto, no me sorprende que la gestión no sea eficiente, o que las personas no estén en el lugar donde tienen que estar cuando es preciso atender a pacientes que necesitan atención en forma inmediata.

Además, el problema de la influencia y el relacionamiento del señor Silva no son casos aislados. Todos recordamos que, hace muy poco tiempo, en la prensa se difundió una carta –tengo una copia en algún lado– de todos los Directores de hospitales y policlínicas de ASSE de la Región Oeste, fechada el 12 de abril de este año, denunciando malos tratos, falta de respeto, desautorización en público por parte del integrante del Directorio, señor Alfredo Silva, quien desempeña ese cargo sin haber cumplido con lo que establece la ley de creación de ASSE. Esto fue el 12 de abril; hoy estamos a 4 de julio y no hay ninguna resolución del Poder Ejecutivo. Cuenta más una "supuesta" paz con la Federación de Funcionarios de Salud Pública, que el ejercicio responsable de la autoridad ante el reclamo de todos los Directores de hospitales y policlínicas de ASSE de la Región Oeste.

Señor Presidente: a este clima de destrato y de maltrato a los funcionarios, se agregan otras situaciones de ineficiencia en el uso de los recursos.

Por ejemplo, el 18 de abril de 2013 se realiza un convenio entre el Fondo Nacional de Recursos y el Directorio de ASSE, cuyo objetivo voy a pasar a leer porque es prácticamente inescrutable. Después vamos a ver qué quiere decir esta frase. "En la ciudad de Montevideo, el 18 de abril, se reúnen por una parte el Directorio de ASSE y por otra parte, en representación del Fondo Nacional de Recursos, Fulano de tal, convienen: 1) Objetivos. La Administración de los Servicios de Salud del Estado –en adelante ASSE– tiene a su cargo la certificación laboral de sus funcionarios en todo el país y respecto de la misma pondrá en marcha un Programa de Evaluación de Calidad relativo al procedimiento de certificación y al proceso de atención que del mismo se deriva, a cuyo fin considera necesario que el Fondo Nacional de Recursos –en adelante FNR– efectúe la auditoría de dichos procesos, contribuyendo de esa forma a identificar las debilidades y oportunidades de mejora y realizar las recomendaciones pertinentes para el mejor funcionamiento y/o reconversión del sistema y el relacionamiento eficiente con otras instituciones".

Este jeroglífico, señor Presidente, me recuerda a la época en que trabajé en el BID, porque es una frase que tiene una cantidad de palabras comunes que uno las puede combinar de distinta forma y que siempre significan lo mismo, es decir, nada. Pero este objetivo, básicamente, es que la institución ASSE –servicio descentralizado–, contrate al Fondo Nacional de Recursos –si no recuerdo mal, persona pública de Derecho Privado– para que realice el procedimiento de certificación de las faltas –o sea, de las ausencias del personal– y corrobore el proceso de atención que del mismo se deriva, es decir si esas faltas médicas están siendo adecuadamente solucionadas para que el funcionario se reintegre lo más rápidamente posible. Muy bien; uno puede pensar que ASSE no tiene un Departamento de Certificaciones Médicas de su personal. ¡Es mentira! ASSE lo tiene. ¡Por supuesto que lo tiene! Tiene un Departamento de Certificaciones Médicas que, funcionará mejor o peor, pero es la repartición de la institución que está encargada de ese servicio y tiene un Director, personal, vehículos, procedimientos, información; tiene todo lo que debe tener. ¡Qué raro que esto no se confíe a Certificaciones Médicas de ASSE, que certifica las ausencias por razones médicas de su propio personal!

Supongamos que Certificaciones Médicas no funciona bien y no cumple adecuadamente con la tarea que debe cumplir. En ese caso, uno puede preguntarse: ¿quién más podría cumplir esta tarea dentro del Estado, donde ya estamos gastando en este tipo de actividades? Bueno, es notorio que el Banco de Previsión Social cuenta con un Departamento de Certificaciones Médicas que no es de uso exclusivo, sino de todos los trabajadores privados. Entonces, contratemos ese servicio con el Banco de Previsión Social. Pero tampoco; la contratación se hace con el Fondo Nacional de Recursos. Y ¿cuál es la capacitación que tiene el Fondo Nacional de Recursos para que se lo contrate?

¿Qué es el Fondo Nacional de Recursos? Es una pequeña estructura que recepciona pedidos para realizar procedimientos de alta complejidad y financiarlos. Eso es el Fondo Nacional de Recursos; eso es todo lo que hace. Recibe solicitudes para hacer un baipás, para colocar un estent, para hacer una angioplastia o para realizar una prótesis de cadera; estudia el caso clínico, lo autoriza o no, y lo financia o no. Ahora resulta que el Fondo Nacional de Recursos, que tiene ese cometido por ley y lo ha venido desempeñando muy bien desde su creación –en el año 1979, por iniciativa del entonces Ministro de Salud Pública, profesor doctor Antonio Cañellas–, se va a dedicar a hacer certificaciones médicas del

personal de ASSE. Por ese concepto recibirá $ 75.000 por la experiencia piloto inicial y, luego, si funciona adecuadamente, unos $ 1:500.000 por año.

Señor Presidente: el Fondo Nacional de Recursos no tiene ninguna experiencia, calificación ni autorización legal para realizar esa tarea. En todo caso, lo tendría que realizar el Departamento de Certificaciones de ASSE; y si no funciona bien, lo que habría que hacer es corregir los procedimientos, capacitar a su personal y establecer nuevos protocolos, de forma de cumplir con aquello para lo cual el Estado ya le está destinando recursos, es decir, certificar las ausencias por enfermedad de sus propios funcionarios, y no encomendar este servicio al Fondo Nacional de Recursos, que no sabe un pito de esto.

Este es el uso ineficiente de los recursos. Antón no sabe tocar la flauta; Pirulero tampoco sabe tocar la flauta; entonces, ¿quién la va a tocar? El tercero, el que menos sabe; esa es la historia. Es inexplicable e inentendible cómo se malgastan recursos de esta manera.

Un segundo caso de ineficiencia bien importante es el siguiente. En este país se procedió a realizar una proclamadísima y alabadísima reforma: el Sistema Nacional Integrado de Salud, que es el centro de nuestra conversación en el día de hoy. Así, se creó el Fondo Nacional de Salud, al que todos –en realidad, casi todos– debemos aportar en función de nuestros ingresos. Ingresaron a ese sistema todos los proveedores privados y algunos públicos. Entre los proveedores públicos que no ingresaron están los servicios médicos del Banco de Previsión Social y ¡vaya si los servicios de Asignaciones Familiares han contribuido al descenso de la mortalidad infantil en este país! Me refiero, sobre todo, al descenso de la mortalidad infantil en Montevideo –no tanto en el interior, donde siempre actuaron por contrato–, donde tenían servicios propios como los Sanatorios Pacheco y Canzani y las policlínicas de atención materno-infantil. Tienen decenas de años de experiencia y de buenos resultados. Se contaba con equipos médicos y de enfermería bien entrenados, bien concertados, dispuestos a actuar, que desde el año 2008 están pidiendo que se les diga qué es lo que van a hacer, porque están contratados, están dispuestos a trabajar y tienen el conocimiento. Solicitan que se les diga cómo se van a incorporar, cómo se van a engarzar en el Sistema Nacional Integrado de Salud, pero han pasado cinco años y no han recibido una respuesta satisfactoria. Se trata del servicio más capacitado en el Uruguay para detectar enfermedades congénitas; es una tarea que se le asignó por ley. ¿Se va a desmantelar eso? ¿Podemos darnos el lujo de prescindir de aquellos organismos bien formados, con gente capacitada y dispuesta a trabajar? Insisto: ¿podemos darnos ese lujo sin que se brinde una explicación de por qué no se pueden incorporar al Servicio Nacional Integrado de Salud?

Lamento decir que este es un uso extremadamente ineficiente de recursos muy valiosos. No solo ese personal capacitado –que ya está incorporado al Estado y está deseoso de seguir trabajando en aquello que hace mejor– tiene derecho a saber en qué va a trabajar, sino también nosotros, los ciudadanos comunes, que somos los que pagamos los impuestos, tenemos derecho a que esos trabajadores brinden el mejor resultado posible, que es, además, lo que ellos quieren. Sin embargo, no se les puede decir a qué se van a dedicar. Entonces, la famosa reforma de la salud, en definitiva, se reduce a juntar más plata y a tratar de dejar los servicios como están –sobre todo los del sector privado y algunos del sector público–, sin modificar nada más, porque si lo hacemos podemos tener problemas.

Señor Presidente: una reforma no se hace de esa manera. Así se pierde plata, nivel de calidad y se iguala hacia abajo.

Pero la ineficiencia no termina aquí. Cuando se recorren los establecimientos de ASSE de todo el país nos encontramos con situaciones como las siguientes.

Por ejemplo, hay tomógrafos encajonados desde hace años en Flores y en Minas. Cuando consultamos por qué no se pusieron en funcionamiento, la respuesta fue que no se cuenta con el personal especializado para utilizarlos. También hay una sala de emergencia con diez camas en el Hospital Vilardebó que está terminada e inaugurada, pero no fue puesta en funcionamiento; así como aparatos de laparoscopía urológica en Bella Unión que no se utilizan. Pero la perla de todas las perlas es lo siguiente. En la década de los noventa se construyó un nuevo hospital en la ciudad de Canelones al que, con el tiempo, se le agregó un CTI, con todo su equipamiento y su planta física; hace un año que está pronto para funcionar pero no se consigue el personal especializado para hacerlo. Entonces, ¿cuál fue la decisión que se tomó? Cerrar el CTI del Hospital de Canelones y, mientras tanto, los pacientes cruzan el barrio y van al CTI de la mutualista local, que es Comeca.

Al respecto, quiero decir que en 1990, en un trabajo mancomunado entre la Federación de Funcionarios de Salud Pública, el Ministerio de Salud Pública y un grupo de expertos, hicimos exactamente lo inverso y creamos las comisiones de apoyo. ¿Por qué? Porque teníamos el problema de que la retribución que podíamos brindar al personal especializado –como licenciadas en enfermería especializadas en cuidados intensivos, médicos especializados en cuidados intensivos y demás– era tal, que nos resultaba difícil atraerlos para hacer funcionar los CTI de

nuestros establecimientos de todo el país, sobre todo los de Montevideo. Entonces, creamos un sistema por el cual podíamos ofrecer compensaciones que eran competitivas con lo que este mismo personal percibía en el sector mutual y en el sector privado. De esa manera ahorramos plata y mejoramos el servicio, porque aquellos pacientes que tenían una complicación y debían ingresar a un CTI no tenían que ser trasladados del Hospital Pereira Rossell, del Hospital Maciel o de donde fuera, al Hospital Italiano o al Hospital Americano. Entonces, además de mejorar la calidad del servicio al paciente, gastamos menos plata, porque el gasto adicional que tuvimos que hacer para que funcionaran los CTI dentro de nuestros propios hospitales, que estaban instalados –como en el caso del Hospital de Canelones–, era mucho menor que el de la contratación de días/cama en CTI privados, como se estaba haciendo hasta ese momento.

Hoy vamos por el camino inverso: como no podemos hacer funcionar nuestros propios CTI, los cerramos y mandamos a nuestros pacientes a los de las instituciones privadas que están en la localidad. Eso no es un uso eficiente de los recursos que nos dan los uruguayos para el mantenimiento de la salud.

Tampoco lo es, señor Presidente, lo que sucede en el video que vamos a ver, sobre una situación ocurrida y denunciada en el interior del país a fines del año pasado. Básicamente, el cronista está mostrando cómo se retiran tubuladuras y bolsas de un contenedor –que probablemente se utilizan para el fraccionamiento de sangre o para la realización de diálisis–, cuya fecha de vencimiento aún está vigente. Según lo que este cronista manifiesta –lamentablemente no podemos escuchar el audio– se está retirando ese material de un contenedor que se encuentra en la vía pública. Me pregunto cómo puede ser que estemos desperdiciando material costoso, que hemos adquirido con recursos que el Estado nos da para atender a la población, y aparece tirado en la vía pública, tal como se ve en el video, donde además se pueden ver las etiquetas con la fecha de vencimiento correspondiente.

Señor Presidente: en lo personal, he desempeñado la Subdirección Administrativa de ASSE, he tenido que administrar su presupuesto en condiciones mucho más restrictivas que las actuales y he sido Ministro de Salud Pública en dos oportunidades. Recuerdo una oportunidad en que ocurrió algo parecido a lo que acabo de relatar: en los depósitos del Pereira Rossell, en la calle San Fructuoso, había un *stock* tan grande de unidades de pantomicina para el tratamiento infantil –estoy hablando del año 1989– que resultaba imposible que fueran consumidas antes de su fecha de vencimiento. Sin embargo, nunca se me ocurrió tirarlas en la vía pública. ¡Nunca se me ocurrió tirarlas! No se trataba de plata mía; era plata de la población. En cambio, hicimos un acuerdo con el laboratorio para que estudiara la pérdida de eficacia a medida que se sobrepasara la fecha de vencimiento, e hicimos un acuerdo con instituciones privadas; así, pudimos realizar una extensión de la fecha de vencimiento y un canje, para que se consumieran todas las unidades que fuera posible, de modo que tuviéramos que descartar la menor cantidad.

Esto de tirar en la vía pública material de uso médico, nunca lo había visto, y refleja una negligencia por parte del Directorio de ASSE que es inexcusable. Esto es tirar la plata de los impuestos. Y así como el Ministro de Economía y Finanzas se queja de que el gasto que realiza en Educación no da los resultados esperados, cuando tome conciencia de las situaciones que yo relaté, de las cifras que proporcioné y de las cosas que estoy mostrando, va a quedar enormemente preocupado, porque parte del gasto público que está realizando, literalmente se tira a la cuneta. Acá tiene que haber responsabilidades políticas, señor Presidente. Acá estamos hablando de un servicio del Estado y de material adquirido y financiado con fondos de la población.

Pero hay aspectos más espinosos aún, y por eso quiero ser muy cuidadoso en las apreciaciones que haga de aquí en adelante. Me voy a referir a situaciones que tienen cierta apariencia delictiva.

La primera de ellas es la conjunción del interés público y el privado del Director y el Subdirector –uno de ellos hoy sumariado por otra causa– del Hospital de Paso de los Toros, por la empresa privada que brinda servicios de ambulancia a ese hospital. Concretamente, hay personal del Ministerio –me refiero al chofer– que recibe un sueldo por ASSE y otro sueldo por la institución privada, pero hace todo dentro del mismo horario. El Director y el Subdirector del hospital son jerarcas de la Unidad Ejecutora de ASSE pero, además, son copropietarios de la empresa de ambulancias que brinda el servicio.

Asimismo, señor Presidente, denunciado por el Edil Francisco Barboza, de Tacuarembó –que por las dudas aclaro que es del Frente Amplio–, se da igual situación entre la mutualista local y el Hospital de ASSE en Paso de los Toros: los estudios y las recetas de medicamentos hechas en la mutualista, a pacientes de la mutualista, son realizados y despachados en el Hospital de ASSE, a costa de ASSE. Eso es conjunción de interés público y privado; eso es corrupción. Y eso es corrupción que está siendo tolerada, que se hace con los recursos que aportamos todos los uruguayos para la mejor atención de los pacientes más humildes de nuestro país.

SEÑOR HEBER.- ¡Apoyado!

SEÑOR SOLARI.- No se trata de una denuncia que hace el Partido Colorado, señor Presidente. ¡Que conste! Esta es una denuncia que hace un Edil del Frente Amplio en la Junta Departamental y en la prensa de Tacuarembó.

Señor Presidente: voy a hablar del segundo caso.

Hay conjunción de interés público y privado cuando quienes dirigen el Sistema Nacional Integrado de Salud son cooperativistas de una institución que se beneficia con el cierre del CTI en la capital departamental de Canelones. Y me estoy refiriendo al doctor Gallo, que está aquí; no hablo del señor Senador Gallo Imperiale, sino del doctor Gallo, Presidente de la Junasa. Hay conjunción de interés público y privado porque, al cerrarse el CTI del hospital, necesariamente los pacientes pasan a atenderse en la Cooperativa local, de la cual el doctor Gallo es cooperativista, además de ser asesor de la Ministra, Presidente de la Junasa y cirujano de guardia del Hospital Pereira Rossell.

Hay algo que no entiendo, señor Presidente: ¿cómo consigue Comeca personal para su CTI, para atender pacientes propios y de ASSE en Canelones, y el hospital no puede conseguirlo? ¿Hay un maleficio? ¿Cómo puede ser? ¿Qué impedimento hay? ¿No se puede lograr a través de las comisiones de apoyo que a ese personal le resulte suficientemente atractivo trabajar en el CTI del hospital? Tal vez si los Directores de ASSE no ganaran $ 200.000 o más por mes, como ganan, o si la Gerente General de ASSE no ganara $ 131.000 por mes, como gana, se encontrarían los recursos para poder hacer funcionar el CTI del Hospital de Canelones.

Me voy a referir a la tercera situación de las que tienen apariencia delictiva, aunque con esto no estoy diciendo que constituyan delito.

Tengo en mi poder una comunicación firmada por el encargado de la Dirección del Hospital de Paso de los Toros, doctor Alfredo Fraga, dirigida a los usuarios. Dice que no estará en la ciudad –se da por sobrentendido que se refiere a Paso de los Toros– los días miércoles 22 y jueves 23, y que por urgencias traumatológicas podrán ubicar al doctor Iglesias en su celular, pues hará la cobertura desde el Hospital de Durazno. ¡Si el doctor Iglesias está de retén en la ciudad de Paso de los Toros, es en Paso de los Toros y no en Durazno! Además, el Director del hospital no puede autorizarlo a que se ausente, salvo que le haga descuentos, cosa que no se sabe. ¡Nunca se ha visto que el Director de un hospital autorice a retirarse a quien está de guardia! Si hay una urgencia traumatológica, ¿van a esperar a que el doctor Iglesias venga desde Durazno hasta Paso de los Toros a solucionarla? ¿Van a esperar, como esperaron al anestesista que no estaba y que no llegó? Esto ocasionó la muerte de un feto el día 2 de junio. ¿Acaso vamos a modificar la historia clínica para que figure que la paciente no llegó a las dos de la mañana sino a las cinco, que la ginecóloga la vio a las cinco y media y que la cesárea no se realizó a las ocho y media sino a las siete y media para que figure dentro de las dos horas calculadas, cronometradas, y así poder decir que se cumplió con la guardia de retén? ¿Ese es el juego? ¿Es eso a lo que nos estamos acostumbrando en este Uruguay de hoy?

Por último, señor Presidente, tengo una denuncia de un funcionario de la Colonia Etchepare dirigida a la Presidenta de ASSE, a la Ministra de Salud Pública y a los integrantes de la Comisión de Salud del Senado. Es en la Comisión donde tomo conocimiento de esta denuncia que, aunque tiene varios puntos, voy a resaltar el segundo párrafo. Está fechada el 17 de junio de este año en la ciudad de Santa Lucía y dice que el 12 de junio de 2013 –ese día hubo paro en los servicios de salud–, cientos de pacientes psiquiátricos quedaron solos durante horas, durante todo un turno, debido a que no concurrió personal asistencial de sala a varios pabellones de la Colonia Etchepare. Eso significa que durante ese turno no recibieron medicación, atención ni alimentos; que pudieron haber salido de los pabellones y deambulado por todo el predio; que pudieron haberse ido y también fallecido por salir de la colonia, como ha sucedido más de una vez desde tiempos inmemoriales. Para eso está el personal y para eso hay guardias gremiales, y cuando estas no se cumplen, los paros ponen en riesgo la vida de los pacientes, como ocurrió en este caso en que en un turno entero no hubo un solo funcionario asistencial que se hiciera cargo de los pabellones.

Señor Presidente: estamos asistiendo con los ojos abiertos a la degradación y al caos del Sistema Nacional Integrado de Salud y eso, personalmente, como médico y como ciudadano, me causa dolor e indignación. No son esos los servicios de salud que cualquiera de nosotros quiere para sí mismo, para su familia o para la población.

No es anecdótico, señor Presidente, pero mientras se están remodelando los *blocks* quirúrgicos del Hospital Maciel, se montaron instalaciones transitorias que van a funcionar unos cuantos meses junto al servicio de emergencia.

Solicito, señor Presidente, que se proyecten las fotos del *block* quirúrgico, que aunque debería estar aislado para mantenerse libre de infecciones, tiene acceso directo desde el *hall* de Emergencia.

En la primera foto se puede ver a una funcionaria trabajando en el *hall* de Emergencia con la puerta del *block* abierta, donde no hay ninguna separación ni lugar para el intercambio de camillas; detrás, se

vislumbra claramente la cialítica y la mesa de operaciones. Esta es una situación totalmente irregular, teniendo en cuenta las condiciones necesarias para el funcionamiento de un *block* quirúrgico.

En la segunda foto se puede ver cómo, dentro del *block* quirúrgico, conviven dos pacientes: uno está sobre la mesa de operaciones a punto de ser intubado para su intervención, y el otro es un paciente neurológico, que ya fue operado pero desde hace 18 horas está allí porque no hay lugar en el hospital para su posoperatorio. Nunca vi, en ningún lado, que dentro de un *block* convivieran, a la vez, dos pacientes, porque el peligro de infección del que ya fue operado es altísimo. Esto no está permitido en ningún reglamento de ningún lugar del mundo.

En la tercera foto, diría, tenemos la perla del carnaval: el señor que aparece a la derecha, de traje oscuro y con lentes, es el *delivery boy* de la pizzería, que trae pizza a los muchachos que van a operar, ¡y la puerta del *block* está abierta! Lo único que falta es que se meta dentro del *block* y opere. ¡Esto no tiene nombre! ¡No puede ocurrir en ningún lado! Se puede ver la puerta del *block*, la cialítica, la mesa de operaciones y al *delivery.* Esto es degradación; y cuando hablo de degradación del Sistema Nacional Integrado de Salud no estoy hablando de entelequias, sino de hechos concretos, filmados, fotografiados, evidentes, que todo el personal de salud y los médicos conocen. Se ríen de las autoridades porque están absolutamente convencidos de que estas no pueden ejercer sus cargos y no tienen autoridad para llevar adelante sus obligaciones.

Terminamos con las fotos, señor Presidente.

Como dije anteriormente, la doctora María Isabel Ramírez hizo declaraciones y me permitió que las compartiera con el resto del Cuerpo. Para quienes no la conocen, debo decir que la doctora Ramírez es una pediatra muy prestigiosa –a punto de retirarse–, que dirige la Uniquer en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Me dijo que antes el promedio de internación en la Unidad era de nueve días, y que actualmente es de ciento ochenta días. Se multiplicó prácticamente por diez como consecuencia del pago por acto médico a los cirujanos, que multiplican las curaciones de escaras a los efectos de tener más procedimientos para cobrar. Esto no es ético, así como no lo es que sea tolerado. Por lo tanto, le pregunté qué había hecho ella ante esta situación. Y me contestó que lo había informado y denunciado a la dirección del hospital, pero aquí el que informa o denuncia pasa a la Siberia; lo condenan al ostracismo. No es un loco cualquiera el que hace estas afirmaciones. Esto es parte de la degradación. Además, se refirió a la evolución de la guardia quirúrgica de cirugía plástica. Cuenta que cuando se inició el servicio se hizo con 24 horas de guardia interna, que significa permanecer dentro del establecimiento –si se lo requiere, el médico acude inmediatamente–, con un pago que se corresponde a la guardia presencial. Con el tiempo y, según la doctora María Isabel Ramírez contra su opinión, se pasó de ese régimen a otro en el que había 16 horas de guardia interna y 8 horas –cada 24– de guardia de retén, o sea, había un período prolongado en el que el cirujano estaba dentro del establecimiento y luego 8 horas en que el médico estaba a la orden, es decir que tenía un determinado lapso para llegar si era requerido. En este caso, se mantuvo el pago de guardia interna o presencial de 24 horas. Se podrá decir que es un beneficio económico, pero también es un perjuicio para los pacientes. Dice la doctora Ramírez que también denunció esto; que reclamó, sin obtener tampoco suerte en esa oportunidad. Finalmente se pasó a lo que sucede actualmente –que no es una situación formalmente autorizada, sino que se da de hecho–, que es que no hay más guardia interna, sino una guardia de retén las 24 horas, que se paga como una guardia presencial. Esa es la degradación progresiva de los servicios de salud. En este caso el que sufre las consecuencias no es el bolsillo del ciudadano, sino el paciente, pues si requiere al cirujano no lo tendrá en forma inmediata sino cuando llegue al establecimiento, que no se sabe si será a tiempo o no. Ahora bien, el médico percibe su compensación como si estuviera allí presente todo el tiempo. La conclusión de esta mujer tan experiente, tan capaz y tan respetada por todo el cuerpo médico es que hay un grave déficit en la gestión asistencial, porque las direcciones de los hospitales, y aun las jerarquías por arriba de las direcciones, no respaldan a los jefes de servicio que son apremiados por el gremio o por las corporaciones profesionales. Volvemos al mismo punto: manda el gremio, mandan las corporaciones y no mandan quienes tienen la responsabilidad de mandar; por lo tanto, no son defendidos aquellos que tienen derecho a ser defendidos.

Pero la degradación no se da solamente en los aspectos funcionales. Prueba de ello es este video que veremos a continuación sobre una fiesta de fin de año realizada en el *hall* del Hospital del Chuy. Esto me hace acordar a los cuadros con la enfermera que se ponía el dedo delante de la boca indicando que se hiciera silencio. Esta es una festichola de fin de año realizada en el *hall* del hospital, en el lugar de recepción de los pacientes; todo muy divertido y entretenido, pero hay otros locales para hacer estas celebraciones, que no son precisamente los hospitales. No quisiera ser un paciente que está sufriendo y que al lado de él los funcionarios se están mandando esta festichola. Al final del video que se está exhibiendo se aprecia cuando la ambulancia llega a la puerta de emergencia del hospital.

(Se proyecta un video).

–A continuación se podrán observar algunas fotos que he traído para compartir, porque cuando uno habla de degradación no se refiere a cosas etéreas, sino a realidades concretas.

(Se proyectan fotografías).

–Lo que estamos viendo en las fotografías son los baños de la sala 11 del Hospital Vilardebó. Si hay un lugar para perder la salud es justamente en estos baños de un hospital. Me parece excelente que nos preocupemos por los derechos humanos, pero también preocupémonos por los derechos humanos de quienes viven hoy en estas condiciones, que tienen que ir a hacer sus necesidades a baños que están en las condiciones que se puede ver allí.

Por último, con la debida autorización del paciente, voy a leer extractos de una carta escrita por un joven –me reservo el nombre del paciente– que sufre las consecuencias del estado de situación y del mal funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, que es lo que estamos estudiando en el día de hoy. Esta carta está fechada el 26 de junio y de la misma he destacado algunos párrafos, ya que es muy extensa. Dice así: "Soy un joven uruguayo de 24 años, paciente desde el nacimiento de la mutualista privada" equis equis "la cual integra actualmente el sistema del Fonasa. En diciembre de 2012, un especialista urólogo cirujano me operó de una fimosis funcional". La fimosis funcional sucede cuando la piel del extremo del pene no se puede retraer en erección sobre el resto del pene. O sea que para un joven de 24 años este trastorno es bastante importante. La carta continúa diciendo: "Tuve complicaciones posoperatorias a nivel de la circulación del líquido linfático, lo cual me produjo un linfoedema, además de una estética totalmente deficiente". Para aquellos que no saben, aclaro que un linfoedema es un derrame de líquido linfático por fuera de los vasos linfáticos que produce un edema muy importante. Es lo que normalmente llamamos, en el caso de una pierna, "pierna de elefante", pues la pierna se engrosa. Continúa: "El linfoedema pasó a tener una característica de crónico y la única posibilidad de arreglarlo era sometiéndome a una operación posterior. Cabe destacar que el linfoedema podía variar en tamaño sin motivo alguno, lo que causaba que esa parte del pene se deformara en forma desmedida, lo que me imposibilitaba mantener una vida sexual activa". Este joven se operó en diciembre de 2012 y esta carta es de junio de 2013. A continuación, expresa: "Tras numerosas consultas con distintos cirujanos opté para que me operara un cirujano urólogo. Tras realizarme todos los estudios correspondientes de sangre, radiografía de tórax y electrocardiograma, pudimos coordinar a mediados de mayo la fecha de la operación para realizarse el 18 de junio". Pido que recuerden esa fecha. Luego dice: "En esta nueva operación se iba a corregir el linfoedema y la estética del área. Tras una larga espera de varios meses, volvía a tener esperanza de poder solucionar la compleja y delicada situación que estaba viviendo y que me había afectado grandemente en lo que era mi relación de pareja, de actividad sexual, mi aspecto físico y mi funcionamiento o mi situación psicológica. Intento dar a conocer mi sufrimiento durante todos estos meses y las graves situaciones que tuve que enfrentar, provenientes del sistema de salud, que no ayudaron en nada a calmar ese sufrimiento. El viernes 14 de junio al mediodía –les pedí que recordaran que la operación estaba prevista para el 18 de junio– recibí un llamado de la mutualista diciéndome que la operación se cancelaba y se posponía, y que debían coordinar nuevamente una fecha con mi médico debido a que no había suficientes camas ese día". Aclara la carta que el viernes 14 de junio era –por el feriado del 19– el último día hábil antes de la operación. Continúa diciendo el paciente: "Me dirigí a la Dirección Técnica de la mutualista, la que me informó que se había dispuesto un feriado quirúrgico por falta de camas". Un feriado quirúrgico significa que se posponen todas las intervenciones quirúrgicas que no son de urgencia o que no son de raíz oncológica, es decir, que no son para tratar un cáncer. Y continúa: "Insistí en mi situación y se me dijo que esta situación no iba a modificarse hasta el 31 de agosto, y que recién en esa oportunidad me iban a poder operar. Es decir que tenía que coordinar para operarme a partir del 31 de agosto. Pedí una nueva entrevista con el Director Técnico y en esa oportunidad él mismo nos dio una copia de la resolución de la mutualista, en la cual se detallaba que durante el período comprendido entre el 1.º de junio y el 31 de agosto se iba a dar prioridad a la coordinación quirúrgica de enfermedades de cáncer y a las urgencias. El Director Técnico dijo que en Montevideo la prestación de salud a nivel sanatorial en estos meses de invierno se ve muy comprometida desde el punto de vista estructural por no haber camas suficientes y que llegan momentos en que hay que posponer cirugías en el tiempo. Al final de la entrevista y tras una ardua discusión, el Director Técnico accedió a coordinar mi cirugía, de modo excepcional, para el martes 25 de junio, la cual efectivamente se realizó".

Voy a continuar leyendo la nota, pero quiero aclarar, señor Presidente, que he comprobado que en varias instituciones grandes de Montevideo se han decretado feriados quirúrgicos porque no tienen la infraestructura suficiente para atender las necesidades de los afiliados por los cuales el Fonasa les paga.

Este joven continúa diciendo: "Me gustaría dejar planteada una serie de reflexiones y preguntas sobre lo ocurrido. El Director Técnico admitió que esta situación de feriados quirúrgicos iba a tener que seguir aplicándose año a año, en los meses de invierno, y que solo se iba a poder normalizar dentro de diez o quin-

ce años. Consultado acerca de si los futuros pacientes de esta mutualista están informados a priori acerca de esta situación asistencial, se nos contestó que no". Y dice: "Las mutualistas siguen aceptando diariamente pacientes sin ningún tope. Se aceptan nuevos pacientes provenientes de ASSE o de otras mutualistas, pero no se tiene en consideración la capacidad de atención con que cuenta a nivel estructural para satisfacer las necesidades de sus usuarios". Continúa así: «El día anterior a acudir a la entrevista con el Director Técnico me dirigí a la sección de Atención al Usuario del MSP para explicar mi situación y recibir asesoramiento en cuanto a qué esperar de la misma y cómo actuar. Se me ofreció un cambio de mutualista por todos los problemas que me han sucedido, a lo que contesté: ¿Acaso hay alguna mutualista que funcione y no esté saturada? No obtuve respuesta.

Reflexiono sobre lo ocurrido y recuerdo que se me dijo que además de la mía habían sido canceladas otras cincuenta intervenciones coordinadas. ¿Qué futuro le depara a toda esa gente que le canceló la operación a último momento? ¿Se imaginan esperar tres meses más para operarse? Seguro que estos otros casos tendrán también sus motivos para ser intervenidos; nadie se opera por capricho, sino por necesidades mayores. No es el único problema que enfrentan los pacientes de esta y otras mutualistas.

En mi caso particular, ya he radicado denuncias ante el Ministerio de Salud Pública por flagrantes violaciones al Decreto n.º 359/2007, que establece que "las consultas externas en las especialidades médicas y quirúrgicas en ningún caso podrán ser coordinadas en un plazo mayor a treinta días desde que fueron solicitadas". Con solo llamar o acudir personalmente para solicitar una hora con un especialista, tal como un dermatólogo o un oftalmólogo, para cualquier día, cualquier hora y cualquier especialista de estas áreas, se constata que esta normativa jurídica es violada al dar horas para dos o incluso tres meses más tarde de la fecha de la solicitud. A todo esto la mutualista contesta que existe un sistema de consultas supernumerarias, con números extraordinarios, a la cual se puede acceder yendo puntualmente a las siete de la mañana, en forma personal, en determinados días. Cuando uno se queja de que no se puede agendar para tanto tiempo una hora con un especialista, ¿se le da a conocer acaso este sistema de consultas supernumerarias? Está claro que si la mutualista le comunica a todos sus pacientes sobre la existencia de este sistema supernumerario el mismo se saturaría rápidamente, por lo que habría que crear otro sistema supernumerario de supernumerario, con lo cual el problema seguiría sin resolverse». Y pregunta: "¿Quién fiscaliza al Ministerio de Salud Pública por no fiscalizar bien?" Y yo le respondo que es el Poder Legislativo, porque nuestro deber es fiscalizar al Ministerio de Salud Pública para que fiscalice bien.

Este joven de veinticuatro años dice: "Para terminar esta redacción me gustaría dejar en claro que la misma no tiene malas intenciones para con el personal médico que me ha atendido y tratado estos meses". Y atiendan bien, señor Presidente y señores Senadores, cuando dice: "El personal médico que me ha tratado y me ha atendido tan bien en estos meses simplemente es otro rehén más de este fracasado sistema de salud. De ahora en más queda en mí esperar por una pronta y sana recuperación de mi reciente operación, pero siempre teniendo en cuenta en mi mente a aquellos compatriotas que aún no tienen solucionado su problema y por los cuales me he tomado el atrevimiento de intentar representar y hablar en su nombre por los atropellos que sufren día a día".

La acumulación de estas situaciones, señor Presidente, nos llevó en diciembre del año 2010 a tener una lista de espera que requirió una ley que autorizara el desembolso de fondos extraordinarios para que esa lista de espera quirúrgica se pudiera acortar.

Señor Presidente: como médico, me preocupa la salud de la población del Uruguay y las condiciones de trabajo del personal de la salud; pero como ciudadano, me avergüenza que tras diez años de bonanza económica y una enormemente promocionada reforma del sistema de salud, el estado de situación del Sistema Nacional Integrado de Salud, particularmente de ASSE, donde se asiste la gente más humilde, sea deplorable y progresivamente terminal.

Muchas gracias.

SEÑOR GALLINAL.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR GALLINAL.- Señor Presidente: nosotros queríamos llamar la atención al Cuerpo y al señor Presidente, porque como es de conocimiento de todos los integrantes del Senado de la República –quizás no todavía de la ciudadanía, la que de a poco se irá enterando de este hecho–, a partir de la sesión del martes pasado se decidió implementar los mecanismos correspondientes para televisar las sesiones del Cuerpo. Eso se está haciendo por medio de una tercerización llevada adelante por las autoridades del Senado, presididas por el señor Astori, acompañado por el trabajo de la Secretaría, hasta que este servicio pueda ser prestado con los equipos y funcionarios del Palacio Legislativo, seguramente dentro de un año. El martes pasado se televisó toda la sesión sin ningún inconveniente, pero en el día de hoy hemos recibido mensajes y denuncias de muchos eventuales televidentes porque no han podido acceder a buena parte de la exposición que realizó el señor Senador Solari.

Se dice que, aparentemente, estaría saturado el canal, pero los propios técnicos nos han informado que eso no es posible.

En momentos en que se cortó la trasmisión el señor Senador Solari estaba pegando duro, y nosotros no queremos que este instrumento se termine utilizando a favor de quienes hoy tienen la responsabilidad de la conducción del Parlamento. Esta situación nos preocupa enormemente. ¿Será casualidad que la trasmisión se vio interrumpida cuando el señor Senador Solari estaba diciendo lo que decía? Quizás; pero esto demoró en implementarse, precisamente para evitar que se produjeran fallas de estas características. Se pagó una tercerización para tener la seguridad de que el servicio se prestaría en su totalidad y que no tendríamos estos problemas. Justamente, si de algo debemos preocuparnos es de que, existiendo televisación de las sesiones, ella sea transparente y no deje dudas de que el propósito es informar y no dirigir a la opinión pública con los mensajes que se quiera.

En consecuencia, desde la Bancada del Partido Nacional solicitamos que se hagan los estudios correspondientes y se brinde un informe al Cuerpo respecto a qué fue lo que pasó en estas horas. Varios señores Senadores han recibido mensajes, a través de Internet y hasta por medio de publicaciones en Facebook, en los que se señala que se aduce un problema de saturación, pero los técnicos a los que hemos consultado nos dicen que eso no puede suceder.

Por lo tanto, en nombre del Partido Nacional, agradeceríamos mucho que se hicieran las averiguaciones correspondientes y se diera una respuesta al Cuerpo, porque creemos que lo merece.

(Apoyados).

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- No hay ninguna duda de que la Presidencia se hará cargo de esto, pero creo que no corresponde discutir el tema.

SEÑOR AGAZZI.- Pido la palabra para contestar una alusión.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR AGAZZI.- Señor Presidente: fuimos convocados a esta sesión para hablar del estado de situación y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, y el señor Senador Solari –con quien estamos trabajando sobre muchos aspectos en la Comisión de Salud Pública– hizo la primera presentación.

Aclaro que pensé mucho si iba a hacer esta intervención, pero lo cierto es que no tengo más remedio que hacerla, a pesar de mí.

El señor Senador Solari dijo en dos ocasiones que recibió información de la Gestapo. La primera vez dijo "como de la Gestapo" y la segunda dijo directamente "de la Gestapo". Señor Presidente: si como Senador del oficialismo integro un Gobierno que es la Gestapo, me tengo que ir de acá, y creo que nos tendríamos que ir todos. Nosotros tuvimos una Gestapo y sabemos quiénes fueron los responsables.

Me pregunto por qué se discuten temas tan importantes con este nivel de intolerancia y crispación, porque, además, estoy convencido de que el señor Senador Solari no es así, ya que trabajamos juntos y muy seriamente. Creo que hay dos posibilidades: o no se sabe bien lo que quiere decir Gestapo, o se sabe y se utiliza mal.

Debo decir esto porque quiero afirmar mi compromiso con un sistema democrático y con el sistema de partidos, en el que se puede decir todo lo que se quiera, tal como ha hecho el señor Senador Solari. Sin embargo, pido que mantengamos un nivel de tolerancia en los motes que ponemos, ya que esto es un exabrupto innecesario.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- La Presidencia debe continuar con la consideración del tema en cuestión y luego los señores Senadores tendrán oportunidad de hacer sus correspondientes intervenciones y decir lo que entiendan conveniente.

Tiene la palabra la señora Ministra de Salud Pública.

SEÑORA MINISTRA.- Señor Presidente: antes de comenzar con mi exposición, quiero solicitar que se proyecte una presentación que trajimos.

El señor Senador Solari habló varias veces de un deterioro progresivo en el Sistema Nacional Integrado de Salud y por eso me compete la responsabilidad de mostrar a este Cuerpo y a todos los ciudadanos, los resultados que está arrojando esta reforma de la salud, que aparentemente no son conocidos. Junto con el equipo del Ministerio de Salud Pública elaboramos algunos indicadores que vamos a mostrar a continuación.

Los señores Senadores que integran la Comisión de Salud Pública saben que tengo la característica de enfocarme en lo que se me solicitó, por lo que la presentación que hemos traído tendrá tres ejes, alguno muy breve. Uno de ellos tiene que ver con la reforma, con el objetivo de analizar sus impactos, y los dos restantes están relacionados con la salud materno-perinatal como política de Estado, y con la calidad de atención y la seguridad.

En cuanto a la reforma, quiero decir que obviamente la salud es un derecho humano fundamental,

un bien público y una responsabilidad de gobierno, y así lo asume este Gobierno.

Además, quiero decir algunas otras cosas.

La reforma es un proceso. Quiero recordar a los señores Legisladores que la reforma de la salud, que empieza a gestarse en el año 2005, realmente ve la luz el 1.º de enero de 2008. Lo que quiero decir, señor Presidente, es que esta reforma de la salud tiene tan solo cinco años; vamos a ver cuáles fueron los resultados en estos cinco años: si existe un deterioro progresivo o si van a terminar felicitándome, como creo que va a suceder.

Lo que ahora se ve en pantalla los señores Senadores lo conocen mejor que yo: son todos los aspectos normativos de la reforma. Es bueno recordar que uno de los objetivos es asegurar el acceso universal, con principios de equidad, continuidad, oportunidad y calidad. Trabajamos con centralización normativa y descentralización operativa, eficiencia social y económica y atención humanitaria, además de gestión democrática, participación social de trabajadores y usuarios y derecho a la decisión informada sobre su situación.

Esto no es menor, señor Presidente. Estos son los enfoques que damos, enfoques que entendemos prioritarios y constituyen los ejes de nuestra gestión. Es así que si miramos cuáles son los Programas y los Planes, así como las prioridades de esta Administración, podremos observar –todos pueden apreciarlo– que se habla de niñez e infancia, adolescencia, salud de la mujer, salud sexual y reproductiva, salud rural y salud mental. Pero quiero hacer hincapié, justamente, en aquellos aspectos en los que se pidió poner énfasis en el día de hoy: salud materna, perinatal y de la infancia.

Vamos a hablar ahora del impacto de la reforma. Se trata de una reforma que, reitero, hace cinco años que se gestó. Vamos a ver cuáles fueron los resultados de esa reforma.

El primer aspecto que tenemos que conocer, que no es menor, es el de la cobertura del Fonasa. A diciembre del año 2012, 2:100.000 uruguayos ya estaban cubiertos por el Fonasa. Y les recuerdo a los señores Senadores que el 1.º de julio pasado ingresó un nuevo colectivo de jubilados, 34.000 nuevos beneficiarios del Fonasa. Y a fin de año, diciembre del 2013, ingresará un nuevo colectivo, que son los cónyuges sin hijos a cargo. Por lo tanto, hay un principio de la reforma, la universalización de la cobertura, que se está logrando. Ahora vamos a ver algunas gráficas que muestran esto.

Por otro lado, esta reforma acerca de la cual hoy se dice que está tan deteriorada, tiene impactos claros en salud, impactos que no existían previamente. En este momento, Uruguay es el país que cuenta con la tercera tasa de mortalidad materna más baja de América y, en realidad, casi empatada con quienes ostentan el primer y segundo lugar respectivamente, que son Canadá y Estados Unidos, cosa que también vamos a ver. Y en materia de mortalidad infantil, registra la cuarta tasa más baja. Esto no nos exime de seguir trabajando; por el contrario, seguimos profundizando. Pero no se nos puede decir que se está deteriorando la reforma de la salud con estos resultados.

Además de lo que ya hemos mencionado –la ampliación de la cobertura y los impactos en materia de mortalidad materna e infantil–, tenemos el paquete prestacional más amplio de América. Reitero: los ciudadanos uruguayos contamos con el paquete prestacional más alto de América y uno de los más amplios de todo el mundo; además, el hecho de que todos podamos recurrir a él –de que el acceso sea equitativo– constituye un criterio de equidad.

Por otro lado, en lo que tiene que ver con el impacto sobre las enfermedades crónicas no trasmisibles –o, como ahora se las denomina, enfermedades socialmente trasmisibles–, podemos decir que actualmente y desde hace ya cinco años se redujeron en 450 los infartos de miocardio por año; estamos hablando de 450 infartos menos de miocardio en una población de 3:000.000 de uruguayos. ¿Eso no es impacto? Obviamente que la reducción de estas enfermedades cardiovasculares puede tener muchas explicaciones. Sin embargo, desde la Salud Pública consideramos que las causas tienen que ver con el impacto de las políticas antitabaco, y estamos haciendo los estudios para demostrarlo.

Asimismo, con relación a la profundización en la política de trasplantes, como se sabe Uruguay ya tenía una que, en este momento, está siendo adecuada. Uruguay es prácticamente el único país de América donde todos los uruguayos tenemos acceso al trasplante; estamos todos, de alguna forma, cubiertos, si necesitáramos un trasplante: es público. Y quiero agregar una cosa más antes de seguir con esto. Es cierto que las políticas de trasplantes y de reducción de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil no son obra de la reforma, pero sí se han profundizado muchísimo, como lo vamos a demostrar. Se incorporaron aquellas políticas que venían siendo trabajadas desde Gobiernos anteriores y se profundizaron. Se crearon nuevas herramientas, tanto de atención como de gestión e, incluso, de registro, cosas que prácticamente no existían previas a la reforma. Por lo tanto, se están profundizando todas estas líneas.

El gráfico que ahora vemos muestra la evolución de los afiliados al Fonasa a lo largo de los años, desde su creación, y llega hasta diciembre del 2012. Como

decía, éramos 2:100.000 uruguayos los que estábamos cubiertos por el Fonasa, pero desde esta semana hay más uruguayos –34.000 más– que están cubiertos por este Fondo.

En esta otra imagen reconozco que se ve poco. Obviamente, esta construcción no es la ideal para estas presentaciones y estos recursos tecnológicos, pero lo que se muestra es que el paquete de prestaciones al que tenemos derecho los uruguayos comprendidos en el Fonasa, llamado específicamente Paquete Integral de Asistencia –PIAS–, son programas que incluyen modalidades de atención según la complejidad, especialidades médicas y técnicas para el control y recuperación de la salud, procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de recuperación, salud bucal, un formulario terapéutico de medicamentos y vacunas, así como transporte sanitario.

Pocos países en el mundo ostentan este paquete prestacional tan amplio, que continuamente es revisado: se les da de alta a algunas prestaciones y de baja a otras, por considerarlas que quizás ya no tienen aval científico o técnico y que deben ser modificadas y seguidas por otras. Reitero que, actualmente, es el paquete prestacional más amplio de América.

A su vez, tenemos una política de medicamentos en la cual seguimos trabajando. Debemos recordar la inaccesibilidad que hace muchos años tenía la mayor parte de los uruguayos a tiques sumamente costosos. El tique de mayor costo en este momento es de $ 1.200, y actualmente estamos procurando que sea aún mucho menor. Son pocas las prestaciones que, en realidad, requieren un tique de ese monto. Seguimos trabajando al respecto y queremos decir que esta política de medicamentos ha pretendido especialmente la rebaja de los tiques moderadores para las enfermedades crónicas, para los diabéticos, los hipertensos, etcétera; también ha trabajado en lo que tiene que ver con los enfermos de salud mental. Asimismo, se cuenta con un paquete prestacional muy amplio y con tiques muy bajos para el acceso a determinados métodos anticonceptivos. Y en este momento estamos trabajando para que el tique moderador asegure el acceso al tratamiento antibiótico completo.

De manera que, reitero, estamos hablando de una reforma con cinco años y que tiene logros. La universalización de la cobertura va en un ascenso más que interesante. Por otro lado, la mortalidad materna es la tercera más baja de América y la mortalidad infantil es la cuarta más baja de América Latina. Se está produciendo una reducción de las enfermedades crónicas no trasmisibles como no hay otra en América Latina. La pesquisa neonatal para detectar enfermedades congénitas es modelo en el mundo. Tenemos una política de trasplantes que hoy nos permite darnos el lujo de hacer cooperación hacia otros países. Si estos no son logros, no sé a qué se le puede llamar "logros".

Decíamos que una vez analizado el impacto de la reforma de la salud, nos íbamos a enfocar en lo que se nos solicitó: hacer énfasis en las políticas de salud materna perinatal y la atención del niño. Y en este sentido queremos señalar que esta es una política de Estado. Ante todo, debemos reconocer que la política de reducción de la mortalidad materna e infantil no es una obra de la reforma ni del Gobierno del Frente Amplio. Es una política que a lo largo de los distintos Gobiernos ha seguido su curso. Pero la reforma incorpora nuevas herramientas que aseguran que este descenso continúe y que mejore, además, la calidad de vida de mujeres y niños.

Vamos a enfocarnos, en primer lugar, en la salud de los niños y niñas de nuestro país. Para ello vamos a presentar un gráfico de la evolución de la mortalidad infantil en Uruguay de 1960 a 2012. De allí surge que en 1960 teníamos una tasa de mortalidad alta y que a partir de 1970 se empieza a reducir progresiva y constantemente. En total hoy sobreviven 2.250 niños que en el año 1960 se hubieran muerto con los recursos disponibles. Por lo tanto, esta es una política de Estado. Hemos trabajado, los sucesivos Gobiernos y Ministerios, en la reducción de la mortalidad infantil. Pero vamos a ver qué sucede a partir de la reforma. La primera cuestión que tenemos que ver es que cuando la tasa de mortalidad infantil es tan baja, necesariamente tenemos que trabajar por trienios. La primera columna del gráfico que estamos observando muestra la evolución de la mortalidad infantil en el trienio 2004-2006. Si decimos que en el año 2005 se prepara la reforma, en la mitad de esa gráfica empieza a trabajarse en esto. La segunda columna muestra el trienio 2007-2009, ya con la reforma en aplicación, y la última, el trienio 2010-2012. El color violeta refleja la mortalidad neonatal precoz, o sea, los niños que mueren antes de los 8 días de vida. En verde figura lo que corresponde a los niños que mueren entre los 7 y los 28 días de vida. Y en el recuadro azul aparece la mortalidad posneonatal, es decir, los niños que mueren entre los 28 días y el año de vida.

Como los señores Senadores pueden apreciar, la línea de arriba está mostrando una caída, que continúa durante estos Gobiernos y durante la aplicación de la reforma de la salud con un claro descenso de la mortalidad infantil. Pero además se viene reduciendo en todos los grupos de mortalidad específica: tanto la mortalidad neonatal precoz como en la tardía y como en la posneonatal.

(Ocupa la Presidencia el señor Luis Rosadilla).

–El siguiente cuadro es bien interesante y queremos analizarlo con los señores Senadores. Aquí se

presenta la tasa de mortalidad infantil global y, en números rojos, la tasa de mortalidad infantil ajustada. La tasa de mortalidad infantil global comienza con 10,6 en el año 2006, y en 2012 está en 9,3. Es cierto que se bajó solo un dígito, pero ¿descendió solamente esta cantidad? Esta es la otra pregunta que nos tenemos que hacer, porque en esta tasa de mortalidad global –por eso ya hablamos de dos tasas de mortalidad infantil diferentes, la global y la ajustada– se incluye también el registro de aquellos niños con un peso menor a 500 gramos. Estos niños tienen una vitalidad muy comprometida; casi el cien por ciento no sobrepasa los siete días de vida. Antes nosotros no llevábamos el registro de aquellos niños que morían y que tenían un peso menor a 500 gramos, pero a partir del año 2010 se empieza a registrar. Por lo tanto, lo que empieza a suceder es que en realidad las tasas de mortalidad infantil no nos sirven para comparar bien. Por ejemplo, en Tucumán, Argentina, la tasa de mortalidad infantil global es más alta que en el resto de las provincias, porque registra los partos de niños menores de 500 gramos. Está bien que así lo haga, pero para poder comparar con las otras provincias de Argentina, se necesita utilizar una tasa de mortalidad infantil ajustada, es decir, que excluya a los menores de 500 gramos. Ya sabemos que estos niños van a contribuir a esa mortalidad infantil, pese a los recursos técnicos y diagnósticos, que son los que los han hecho nacer. Este grupo específico, reitero, tiene una mortalidad de prácticamente el cien por ciento en los primeros siete días de vida. Por lo tanto, de nacer niños menores de 500 gramos, si bien aumenta la tasa de nacimientos, también aumenta la tasa de mortalidad infantil. Pero si volvemos a la tasa de mortalidad infantil ajustada, podemos apreciar que se redujo drásticamente.

Otro problema en el que nos hemos propuesto trabajar es el de las principales causas de defunción infantil. La primera causa –y esta sí nos alarma, porque realmente aumentó– son las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. En el año 2011 era de 23,7, frecuencia relativa, y en 2012 estamos hablando de 27,7. Esta es la única causa de mortalidad infantil que aumentó. Hemos comprometido a los equipos del Ministerio de Salud Pública para que realicen un estudio al respecto, porque en verdad no sabemos qué está incidiendo para este aumento de las enfermedades congénitas. Una vez que las enfermedades congénitas se producen, poco es lo que podemos hacer los equipos de salud; por lo tanto, tenemos que trabajar mucho antes, incluso previamente a la gestación. De manera que en este caso a lo que nos comprometemos es a hacer un estudio y, cuando tengamos el diseño del estudio, a compartirlo con los señores Senadores.

La segunda causa de defunción infantil son los trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal. En este caso, las cifras de los años 2011 y 2012 son iguales.

En cuanto a la hipoxia intrauterina y otras dificultades y afecciones respiratorias del recién nacido, también las cifras son prácticamente iguales. La sepsis bacteriana del recién nacido, al igual que otras sepsis, ha disminuido drásticamente; también vienen descendiendo, entre otros, los trastornos hemorrágicos y hematológicos de fetos y recién nacidos. Nos quedan, como preocupación, las malformaciones congénitas.

La mortalidad infantil se viene reduciendo desde 1960, pero cabe destacar que la reforma de la salud contribuye muchísimo para continuar con ese descenso. Debido a que los números son tan bajos, ya no podemos seguir hablando de tasas. Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud nos ha dicho que al tener una tasa de mortalidad infantil tan baja es necesario hablar de tasas ajustadas o de trienios móviles. De esta manera, les venimos demostrando que continuamos con el descenso de la mortalidad infantil.

(Ocupa la Presidencia el señor Alberto Couriel).

–Ahora bien, la pregunta es qué herramientas incorporó la reforma de la salud para seguir con este descenso. Seremos muy claros a este respecto. Existen múltiples herramientas desde distintas miradas: herramientas vinculadas a los aspectos asistenciales, herramientas de gestión y herramientas interinstitucionales, pero lo principal es la mejora en los registros que hacen a la salud y a la morbimortalidad de niños.

Las medidas implementadas desde el punto de vista asistencial son múltiples. Reconocemos –y lo decíamos– que ya existían pautas de control de la salud de los niños, pero a partir de la reforma esas pautas se universalizaron y se hicieron obligatorias. El Programa Aduana que existía previo a la reforma se tomó como ejemplo, y hoy en día se convirtió en una visita domiciliaria a recién nacidos de riesgo, tanto en el sector público como en el privado, sean o no vulnerables desde el punto de vista socioeconómico.

En cuanto a los controles de la salud, no solamente se hicieron universales y obligatorios para niños de hasta un año –tal cual se hacía previo a la reforma–, sino que al día de hoy se han extendido hasta los tres años de edad. Se ha implementado el carné de la niña y el niño como documento que tiene alcance interinstitucional. Como los señores Senadores sabrán, este documento debe presentarse al momento de ingresar a la escuela primaria –es controlado por las maestras– y para realizar actividad física.

Además, se ha actualizado la estrategia AIEPI, que es la que cataloga las enfermedades prevalentes de la niñez, dividiendo los riesgos en altos y medianos, y de acuerdo a ello diseña una estrategia para una operativización rápida del equipo de salud.

También debemos mencionar el Comité de Auditoría de Fallecidos, ya que no podemos implementar políticas de reducción de mortalidad infantil si no sabemos de qué murieron. Esto parecerá obvio, señor Presidente, pero, prácticamente, estaba subregistrado previo a la reforma.

Asimismo, la pesquisa neonatal detecta una serie de enfermedades en el recién nacido y es un modelo en el mundo, y hoy en día países de América nos piden que cooperemos con este tema.

También se hacen controles odontológicos y oftalmológicos, y se han realizado cambios en el Certificado Esquema de Vacunación con incorporación de nuevas vacunas. Asimismo, para mejorar nuestros registros, se implementó el Certificado de Nacido Vivo Electrónico. A su vez, el Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras se viene realizando desde el año 2011 y será un insumo importante en los estudios que queremos implementar.

En esta diapositiva vemos algunas de las políticas interinstitucionales que se desarrollarán hasta el año 2030 con una visión estratégica y a largo plazo para mejorar la salud de nuestros niños y embarazadas. También figuran algunas Guías Clínicas en las cuales los equipos de salud trabajan protocolizando y haciendo recomendaciones para la atención de niñas y niños. El carné de la niña y el niño, decíamos, tiene un valor interinstitucional que tiene que ver con lo que se hace en salud con ese niño y con los problemas que haya tenido, pero también tiene un alcance a nivel de Educación Primaria y a la hora de realizar actividades físicas. A su vez, en ese carné se registra la salud ocular y bucal de los niños.

Se ha hablado de un deterioro de la reforma de la salud, pero en el Certificado Esquema de Vacunación se ha incorporado cinco vacunas diferentes. Es cierto que el que teníamos era uno de los más amplios del mundo, pero se continuó incorporando vacunas y se siguió mejorando. A partir de 2005 se incorporaron las vacunas contra la hepatitis A, varicela, neumococo, polio inactiva y pertussis acelular.

Con respecto a la pesquisa neonatal, el señor Senador Solari decía que el Banco de Previsión Social no fue convocado para integrar el futuro –o el actual– Sistema Nacional Integrado de Salud. El Demequi, del Banco de Previsión Social, es un centro de referencia en la pesquisa neonatal para el despistaje de algunas enfermedades congénitas que son detectadas en los primeros días de vida de los recién nacidos, por lo que se implementa el tratamiento debido y mejora notablemente el pronóstico.

En el año 1994 se incorporó el estudio del hipotiroidismo congénito, lo que fue un gran avance para la salud de la población. Fíjese, señor Presidente, que con una gotita de sangre que se extrae del talón del bebé se dosifica la hormona tiroidea; es decir que si aparece esa hormona en déficit se comienza con el tratamiento –todavía se sigue haciendo– y, de esa manera, el niño se desarrolla normalmente. ¿Qué sucedería si no fuera así? Tendríamos niños con retraso en el crecimiento y en el desarrollo intelectual. Es así que la detección del hipotiroidismo congénito constituyó un hito en el sistema de salud.

La reforma de la salud no se detuvo allí. A partir del año 2007 se ha logrado detectar la fenilcetonuria, la hiperplasia suprarrenal congénita, la hipoacusia congénita, la fibrosis quística y la displasia de cadera.

El Banco de Previsión Social no solo es un centro de referencia en la detección de estas enfermedades, sino que sus servicios médicos están incorporados a la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud, así como lo están ASSE, el Hospital de Clínicas, el Banco de Seguros del Estado y, por ahora, la Intendencia de Montevideo, ya que la idea es que los servicios de todas las Intendencias se vayan incorporando a esta red, por lo que se está trabajando en el fortalecimiento del sector público.

El Banco de Previsión Social tiene un lugar en esa red, participa habitualmente de sus reuniones y es, sin lugar a dudas, el centro de referencia nacional en la pesquisa neonatal. En concreto, en el año 1994 se detectaba una sola de estas enfermedades y en los cinco años de reforma vemos cómo la pesquisa neonatal continúa avanzando por la calidad de vida de nuestros niños.

También debo recalcar que se está fortaleciendo la información centralizada en cuanto a la patología congénita. Como decíamos, este problema nos preocupa pero también nos ocupa. A su vez, existe un Registro Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras en funcionamiento desde el 1.º de enero de 2011. Asimismo, podemos incluir las prácticas de buena alimentación y las guías de alimentación, que también nos preocupan y mucho.

Entonces, ¿qué hicimos por la salud de los niños? ¿Cómo bajamos la mortalidad infantil? Hemos tomado medidas asistenciales y las hemos demostrado. Además, tenemos medidas desde la gestión. ¿Cuáles son las medidas que se han incorporado desde la gestión y que, además, surgen a partir de la reforma de la salud?

Tenemos que mencionar el incremento de la cobertura del Fonasa. Como saben, uno de los primeros colectivos que ingresó al Fonasa fue el de los niños, y a todos los prestadores del sistema se les paga por cápitas. ¿Cuáles son las cápitas más costosas? Las de los niños, sobre todo las de menores de un año; inclusive, las correspondientes a niños menores de tres años también son bastante costosas. Los precios por cápita que recibe el prestador se pueden apreciar en la lámina que está en pantalla.

En las gráficas que se muestran, las mujeres están representadas con color azul y los varones con rojo. Allí se puede observar que la cápita de las mujeres comienza a aumentar en la edad reproductiva, o sea, a partir de los 19 años o un poco antes. Quiere decir que todos los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud –las mutualistas y ASSE– reciben cápitas que estimulan el ingreso tanto de niños como de mujeres en edad fértil.

Por otra parte, los prestadores no solo reciben el incentivo de una mayor cápita por afiliar a niños, niñas y a mujeres en edad fértil, sino también un pago extra: la meta asistencial, que es un incentivo para lograr el cambio en el modelo asistencial. Si se observa la lámina, la meta que lleva el número 1 hace referencia a la salud de la mujer y del niño.

¿Por qué conceptos se les paga a estos prestadores? En el caso de la salud del niño y de la niña, reciben un aporte por la captación de los recién nacidos, por las visitas domiciliarias para el recién nacido de riesgo –como señalamos, antes de la reforma esto no era así; los únicos recién nacidos de riesgo que recibían la visita domiciliaria eran los afiliados a ASSE pero, a partir de la reforma, todos los niños en esta situación, sean de prestadores público o privados, la reciben– y por los controles durante los primeros tres años de vida, que incluyen el carné de vacunas vigente, la ecografía de caderas, la acreditación en buenas prácticas de alimentación, entre otros. Pero no solo esto, señor Presidente; así como se paga a los prestadores por cumplir con las metas asistenciales de niñas y niños, también se lo hace por cumplir con las metas asistenciales en torno a la salud materna. En este otro caso, se les paga por las embarazadas que estén correctamente controladas –deben tener, al menos, cinco controles al momento del parto–, por el control odontológico durante el embarazo, por la historia clínica básica que tenga la hoja completa en el Sistema Informático Perinatal, por que se incluyan los estudios de VIH y VDRL, por que sean captadas durante el primer trimestre –no es lo mismo captar a una paciente embarazada al inicio de su embarazo, cuando existen posibilidades de mejorar su pronóstico y el de su hijo, que hacerlo más tardíamente, cuando pueden surgir otros riesgos– y por realizar la pesquisa de violencia doméstica.

Resumiendo, entonces, hablamos de metas asistenciales, de herramientas asistenciales, de herramientas de gestión y, además, de políticas interinstitucionales. En este caso tomo lo que dijo el señor Senador Solari hace un rato en cuanto a que se debe llegar a estos hogares en los que hay embarazadas y niños pequeños antes de que se desarrollen, lo más precozmente posible, si es factible en las primeras horas de vida o, de ser viable, durante el embarazo, con los nutrientes fundamentales, con los controles y con educación para la salud.

Todo esto lo hacemos mediante políticas interinstitucionales como "Uruguay Crece Contigo", una política conjunta, una estrategia que tomamos con la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, con el Ministerio de Desarrollo Social, con ASSE y con la ANEP. Por esta vía es que se llega a los hogares más vulnerables, donde hay embarazadas y niños menores de cuatro años, con políticas territoriales. En agosto de 2012 ya se habían relevado 2.300 hogares con los que se estaba trabajando en diez departamentos, y ahora "Uruguay Crece Contigo" se extiende a todo el país. Esos 2.300 hogares abarcaban a 3.300 personas, de las cuales 936 eran embarazadas, y el resto, niños. Allí se llegó con políticas de asistencia integral que incluían la promoción de salud con una estrategia de atención primaria.

Antes de referirnos a la salud de la mujer, vamos a concretar los datos que acabamos de dar. La mortalidad infantil se redujo drásticamente; se viene reduciendo a partir de 1960, pero es a partir de la reforma de la salud que se logra bajar un dígito, no antes; es esa reforma la que realmente consigue disminuir la mortalidad infantil y lo hizo utilizando herramientas asistenciales, de gestión, y políticas interinstitucionales.

Con respecto a la salud de la mujer, veamos la evolución de la mortalidad materna en una gráfica que muestra los valores absolutos desde 1985 a 2015. Parece que hubiera ciertos picos y oscilaciones pero, sin embargo, muestra una tendencia descendente constante. Me parece que es necesario marcar que, previo al año 2005, había un subregistro de muertes maternas; por lo tanto, no sabemos si esas cifras son exactas. Sí se ven picos en los años 1991, en el período 1996-1997 y en 2002. A partir de 2005 deben registrarse obligatoriamente todas las muertes maternas y se crean comisiones para el análisis de la mortalidad materna. Para evitar que los prestadores se olvidaran de reportar las muertes maternas –en un país con tan baja mortalidad materna es difícil para los prestadores recordar que tienen que reportarlas–, a partir del año 2010 se incorpora la obligatoriedad del reporte, haya habido o no muertes maternas. Por suerte, la mayor parte de las instituciones, todos los meses, tienen una mortalidad materna de cero, pero deben

reportarla, y así lo hacen. De esa forma se evitan los subregistros. Las líneas verticales punteadas que se aprecian en la gráfica separan las distintas etapas: antes del 2005, subregistro; de 2005 a 2010, registro obligatorio de muertes maternas; y a partir de 2010, registro obligatorio, incluso, de muerte materna cero.

La línea roja que se ve en esta otra lámina representa la razón de mortalidad materna cada 100.000 nacidos vivos. También se puede ver que el promedio desciende si excluimos los abortos. A este respecto quisiera recordar –sin pretender entrar en polémicas– que la Organización Mundial de la Salud recomienda el aborto legal como la medida más efectiva para evitar el aborto inseguro. Más allá de esta connotación, en la línea azul vemos cómo desciende; si se fijan bien, el punto final, que sería el año 2015 –ojalá así lleguemos–, de seguir con esta tendencia, se junta con una línea horizontal de color verde –que se ve muy tenue–, que es la meta del milenio que nos propusimos alcanzar con la Organización Mundial de la Salud. Por lo tanto, de continuar por esta línea ya alcanzamos la meta del milenio en lo que respecta a reducción de mortalidad materna.

La siguiente gráfica tiene como fuente a la OPS/OMS –no la hizo el Ministerio de Salud Pública– y compara a todos los países de América. Los que están en rojo son los que tienen mortalidad materna más alta; en azul aparecen los que tienen una mortalidad intermedia; y en verde, los que tienen una mortalidad materna más baja. El promedio de la región es la línea amarilla. La línea roja ubicada arriba representa al país con mayor mortalidad materna –no nos alcanza la pantalla; tenemos que seguir varias veces– que es Haití; le siguen Guyana, Surinam, Jamaica, etcétera. La línea de más abajo de todo –la más chiquita y la más próxima al cero– representa a Canadá, prácticamente empatado con el segundo país –que es Estados Unidos–; y el tercero, que es Uruguay. Los señores Senadores pueden observar que en relación con Estados Unidos y Canadá, Uruguay no tiene grandes diferencias en cuanto a la tasa de mortalidad materna, lo que es un orgullo para nosotros.

Señor Presidente: tanto para el Subsecretario como para mí, en mi calidad de Ministra, es un orgullo estar dirigiendo el Ministerio de Salud Pública de este país, que ha alcanzado estas metas.

La siguiente transparencia es más compleja, pero me parece bien importante, porque también tiene como fuente a la Organización Mundial de la Salud. La línea verde representa a aquellos países que tienen una reducción efectiva de la mortalidad materna; en amarillo figura la reducción proyectada, planificada para poder alcanzar el objetivo del milenio en mortalidad materna; y en rojo, aparecen aquellos países que tienen una brecha tan grande que difícilmente puedan alcanzar los objetivos del milenio. Si se observa, señor Presidente –sé que es difícil verlo desde aquí–, Uruguay representa la línea verde entera; es el único país que es una línea verde entera, el único que ya cumplió con las metas del milenio en cuanto a la reducción efectiva de la mortalidad materna. Por lo tanto, a mí no se me puede hablar de un deterioro progresivo del Sistema Nacional Integrado de Salud; ni progresivo ni ningún deterioro. Para mí, es un orgullo estar representando a este país.

La siguiente transparencia nos muestra un ejercicio. Aquí, la línea roja representa distintos momentos de la evolución de la mortalidad materna en Estados Unidos. Podemos observar que entre 1900 a 1920 los problemas que tenían eran el pobre entrenamiento obstétrico, el parto domiciliario e intervenciones inapropiadas; entre 1930 y 1950 la realidad era otra; una distinta entre 1960 y 1970; y a partir de 1980 también era diferente. Se hace el ejercicio de injertar el problema de la mortalidad materna en Estados Unidos. ¿Qué pasaría? Haití hoy tiene una mortalidad materna que es similar a la de Estados Unidos en 1930; Bolivia es como si estuviera en 1940; y Cuba –que es un país al que realmente miramos con muchísimo respeto– está posicionado como en 1960, no porque no tenga una mortalidad materna muy baja; la tiene, pero es tan baja que le cuesta seguir reduciéndola. Ahora bien, en esa línea, no encontramos a Uruguay. Argentina y Costa Rica están como Estados Unidos en 1965 y Chile como en 1970. Pero, insisto, Uruguay no está. ¿Saben por qué no está? Porque estamos ubicados empatados con Estados Unidos en la reducción de la mortalidad materna. Uruguay no tiene diferencias significativas en cuanto al impacto en la salud con los mejores países del continente, que son Canadá y Estados Unidos.

¿Cómo hemos logrado esto? Pregunto porque ahora parece que fue magia. No es magia. Es cierto que se trata de una política de Estado y que es previa a la reforma, pero la reforma incorporó herramientas fundamentales. Nuevamente cito los registros, los que no existían antes de 2005; o si los había, eran muy pobres, muy escasos. Esos registros mejoran muchísimo a partir del año 2005, cuando se hacen obligatorios. Además, se implementaron herramientas desde el punto de vista asistencial, desde la gestión y de las medidas interinstitucionales.

¿Qué hacemos desde el punto de vista asistencial para seguir logrando esto? Implementamos controles, su universalización, así como su obligatoriedad. El Sistema Informático Perinatal, además, incorpora entre los logros en la reforma, el control de la sífilis, distintas guías de trabajo de salud sexual y reproductiva, guías de atención para el embarazo, para el parto, para el puerperio, métodos anticonceptivos, interrupción voluntaria del embarazo, el acompaña-

miento del parto y los equipos de referencia en salud sexual y reproductiva –que hoy están en todo el país–, que están funcionando en el 80 % de los prestadores de salud y son un referente para todas las mujeres del país. El paquete amplio de prestaciones incluye la prevención de cánceres ginecológicos, los métodos anticonceptivos y, también, los métodos quirúrgicos como la vasectomía y la ligadura tubaria, la vacuna contra el papiloma virus, la interrupción voluntaria del embarazo, el Comité de Auditoría de Muerte Materna, y el control odontológico para todas nuestras embarazadas, algo que antes de la reforma era prácticamente privativo.

En la siguiente transparencia podemos ver algunas guías, protocolos y manuales en las que han trabajado los equipos de salud con muchísimo compromiso, pero también con muchísimo territorio –por decirlo de alguna manera–, con mucha cancha; están ahí con el resto de los trabajadores de la salud, con los usuarios; saben qué les toca vivir. Por lo tanto, esas guías, protocolos y manuales no son importaciones de otros países, son creaciones nuestras. Es un orgullo ser la Ministra de trabajadores de la salud que tienen este compromiso.

La próxima transparencia refiere al marco regulatorio, a las ordenanzas en mortalidad materna.

En el año 2006 se creó la Comisión Nacional para Monitoreo y Reducción de Muertes de Mujeres por Embarazo, Parto, Cesárea y Aborto.

En 2011 se creó la Comisión Nacional para la Reducción de la Morbimortalidad de Causa Obstétrica. Así que hemos demostrado herramientas asistenciales de sobra, pero también hay herramientas de gestión, de las que vamos a hablar a continuación.

Cuando se habla de la gestión con ligereza, tenemos que saber que la gestión también comprende aspectos como el incremento de la cobertura Fonasa en mujeres en edad reproductiva. En este sentido, recordamos que previo a la reforma de la salud, al Fonasa, había aproximadamente 600.000 uruguayos cubiertos por Disse y sus parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio, pero no presentaban cobertura más allá de esto. Las mujeres y los niños han representado grupos en los cuales especialmente se ha incrementado la cobertura.

Con respecto a los pagos por meta hay que aclarar que no solo a los prestadores como los niños se les aportan cápitas que estimulan la afiliación y la incorporación, sino que también se les pagan por metas. Hay controles odontológicos y toda mujer tiene controles gratuitos de su embarazo donde se hacen todas las rutinas, más tres ecografías, una por trimestre. Tenemos un plan de complementación de Maternidades. El Sistema Nacional Integrado de Salud empieza siendo un sistema mixto, público y privado, pero hoy los prestadores están trabajando unidos en las juntas departamentales de salud y empezando a tener políticas de complementación de servicios, racionalizando los recursos –es cierto–, pero también mejorando su calidad y brindando acceso equitativo a las prestaciones.

En este momento, además, estamos relevando todas las Maternidades. Nuestros equipos de fiscalización y habilitación de Maternidades están ensayando un trabajo con *check list* donde están relevando no solo la planta física, la infraestructura edilicia, sino también el equipamiento, los recursos humanos y los protocolos de atención de cada una de las Maternidades.

Lo que viene a continuación es nuevo para todos los señores Senadores.

En el proyecto de Presupuesto que presentamos el viernes anterior –y que el Ministerio de Economía y Finanzas remitió al Parlamento–, esta Cartera solicita la incorporación de un proyecto de traslados materno-perinatales. Veamos cómo sería esto.

Es cierto que tanto en el sector público, como en el privado, tenemos problemas en los traslados, fundamentalmente de recién nacidos críticos. ¿Por qué? No por falta de recursos sino, muchas veces, por una duplicación de servicios que no están adecuadamente encastrados, por así decirlo.

En el interior del país contamos con siete CTI pediátricos con posibilidad de ser CTI neonatales. La idea es que estos CTI estén dispersos en el territorio, de forma tal que podamos hablar de una regionalización de los CTI pediátricos; y que cuando se requiera el traslado de un niño con alto riesgo de vida a esas unidades, el prestador que lo solicite pueda llamar a las ambulancias, que van a estar en estos CTI, las que deberán ir a buscar al recién nacido. Todo esto va a ser coordinado desde el Ministerio de Salud Pública. El Sistema de Emergencia va a estar ligado al Servicio 911, en el que se van a recibir los llamados y donde existe cierta logística, que es la que necesitamos para implementar este proyecto relacionado con los traslados.

Es así, señor Presidente, que convocamos a todos los Legisladores a apoyarnos en este proyecto de Presupuesto, a fin de que los traslados materno-perinatales mejoren, tanto para prestadores públicos como para privados. Los niños que se verán más beneficiados son, fundamentalmente, los del interior de nuestro país.

Hablábamos de medidas tales como, por ejemplo, implementar desde la gestión los equipos de salud

sexual y reproductiva. El gráfico que estamos viendo muestra que en el 80 % de los prestadores estos equipos existen y son referentes; las mujeres acuden en un ámbito absoluto de confidencialidad y reciben, además, un asesoramiento integral.

Reiteramos que en cinco años de reforma, han ocurrido muchas cosas –es más, Uruguay es el único país de América que cumplió con los Objetivos del Milenio–: continúa disminuyendo la mortalidad materna; se ha registrado la cuarta tasa más baja de mortalidad infantil, que sigue reduciéndose; ha habido impactos positivos en distintas áreas como, por ejemplo, en enfermedades crónicas no trasmisibles; nuestra pesquisa neonatal es de las más amplias, y a todo esto se suma, también, el paquete integral de prestaciones.

A mí me parece que, en realidad, esta reforma sí está obteniendo resultados.

El segundo capítulo al que queremos hacer referencia se relaciona con un ámbito que fue incorporado a la rectoría en los últimos años. Me refiero a la calidad de la atención y a su mejora continua, así como también a la Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina.

Es así que en nuestro proyecto de reestructura del Ministerio de Salud Pública, junto a las guías de práctica clínica –que existen tanto para mujeres como para niños, y de las cuales se han visto por allí las tapas–, figuran: una repartición en la Dirección General de la Salud, la División de Calidad y Mejora Continua, así como también el Cosepa, que aplica metodología científica. De hecho, en este relevamiento de Maternidades –y para la habilitación de las que surjan de aquí en más–, no solamente son importantes la infraestructura edilicia, el equipamiento y los recursos humanos, sino también la incorporación de protocolos de atención.

De manera que cambia la habilitación de servicios: ya no hablamos más de habilitación únicamente por estructura, sino también por procesos; incorporamos nuevos protocolos y habilitamos y fiscalizamos Maternidades. Estas reformas empiezan, justamente, en las Maternidades.

Cuando se habla de todas las muertes sospechosas, vemos con preocupación que, de alguna forma, se ha vulgarizado un término de carácter técnico. Me refiero al término "muerte evitable". No cualquier muerte es "muerte evitable". Frente a un evento centinela, se aplica una metodología de la Comisión de Seguridad del Paciente –metodología que tiene un respaldo y una evidencia científica internacional– y se realiza un análisis de causa-raíz.

Omití decir qué es un evento centinela. Se trata de un suceso imprevisto, que implica la muerte o pérdida permanente y grave de una función no relacionada con el curso normal de la enfermedad o del problema subyacente. Dichos acontecimientos se llaman "centinelas" porque señalan la necesidad de investigación y respuesta inmediatas. En perinatología, los eventos centinelas más aceptados son la muerte materna y la muerte neonatal pero con peso mayor a 2.500 gramos.

Existe, sí, un reporte obligatorio a la Comisión nacional para el monitoreo y reducción de las muertes de mujeres por causa del embarazo, parto, cesárea, puerperio y aborto, que determina análisis de "explicabilidad" de la muerte. En el caso de Paso de los Toros, se coincide en que la muerte es por *shock* hipovolémico en anemia aguda; si no fuera por la política de eventos centinelas y la comisión que acabo de mencionar, este tipo de cosas pasarían desapercibidas. Ahora bien, estamos hablando de la única muerte materna en seis meses y, por lo tanto, ese lamentable hecho se ubica muy por debajo de lo que es la realidad nacional y mundial.

Con el fin de mejorar el sistema sanitario, el Ministerio ha determinado avanzar en esta política de eventos centinelas identificando los problemas a través de la metodología de causa-raíz.

¿Cuáles son los ejemplos de eventos centinelas? También hay que definir eso. Se ha hablado de distintos casos: fallecimiento inesperado, muerte de un recién nacido a término, muerte materna, muerte de un paciente en sala de espera de Urgencias, así como también de pérdida de función permanente no relacionada con la evolución de un paciente, intervención quirúrgica de un paciente por error o en una localización equivocada, reacción hemolítica postransfusional, olvido de material tras una intervención; en fin, hay todo un listado a este respecto.

De manera que no cualquier muerte es un evento centinela. Si no lo es, o si no se aplica una metodología con evidencia científica –como es el análisis causa-raíz–, no se puede hablar de muerte evitable, porque no hay fundamento para ello.

Lo que queremos trasmitir, señor Presidente, es que tanto "muerte centinela", como "muerte evitable", son términos técnicos. No se trata de palabras que puedan utilizarse livianamente en la prensa. Reitero: son términos técnicos, que resultan de análisis sistemáticos.

El estudio de muertes evitables consiste en identificar aquellas defunciones que, por la tecnología médica existente, no debieron suceder o pudieron ser prevenidas. Solo se consideran evitables las defuncio-

nes que suceden antes de los 75 años –o, por algunas causas, antes de los 50 años– y debidas a causas seleccionadas, como recién hemos explicado.

El análisis de causa-raíz constituye una herramienta de identificación de las razones de un incidente y se basa en el estudio del funcionamiento de procesos y sistemas, no en el enfoque de la *performance* individual. Una vez aplicada esta metodología, podemos hablar de muertes muy evitables, moderadamente evitables, poco evitables o inevitables, pero antes de su aplicación no podemos hablar.

Estamos en proceso de mejora continua, con la incorporación de la calidad como elemento sustancial, y de las Comisiones que buscan la seguridad del paciente. En este marco, queremos referirnos también al punto de partida.

Previo al año 2005, había un subregistro de los prestadores y, de hecho, eran muy pocos los que estaban habilitados. A partir de ese año se empezó a hacer un relevamiento de los distintos prestadores y se readecuó toda la normativa; se creó la División Fiscalización y se comenzó a trabajar en un nuevo enfoque, incorporando la habilitación de los servicios por procesos, que se va a iniciar en las Maternidades.

En 2010 se aprueba el Plan de Salud Perinatal y Primera Infancia y se establece, como prioridad, la habilitación de Maternidades y los traslados perinatales. Reitero que este último aspecto está sujeto a aprobación en el marco del tratamiento del proyecto de ley de Rendición de Cuentas.

Por otro lado, se sustituye la Ordenanza n.º 4383 y la habilitación en base a procesos de atención, teniendo en cuenta la necesidad local en función de la demanda, la aplicación de normas y guías de buenas prácticas, la calidad del proceso asistencial y la definición de procesos y recursos.

Pasamos a la siguiente transparencia.

Entendemos que es necesario dar una discusión que es bien importante generarla aquí, con los señores Senadores. En poblaciones pequeñas no podemos tener dos o tres Maternidades, lo que no implica cerrar servicios, sino –por el contrario– trabajar en forma conjunta en el lugar donde se tenga la mejor infraestructura edilicia, con el prestador que tenga el mejor equipamiento y con todos los recursos humanos, con comisiones de gestión y de seguimiento entre todos los prestadores y utilizando protocolos compartidos. Los prestadores públicos y privados que ya han incursionado en esto se sienten muy satisfechos. Si bien es cierto que racionalizaron sus recursos, la realidad es que mediante la suma de todos ellos se han brindado servicios mejores y de mayor calidad. Y lo más importante es que hay equidad, ya que todas las mujeres embarazadas de una determinada ciudad serán atendidas en la misma Maternidad. Quiere decir que esta es una cuestión de equidad y también, por supuesto, de calidad de la atención. ¿Por qué digo esto? Porque para una institución no es lo mismo atender un parto una vez por semana, que tener un nacimiento todos los días, porque con esto último van mejorando las prácticas clínicas del equipo.

Señor Presidente: para terminar mi intervención de este momento –dado que me gustaría que hiciera uso de la palabra alguno de los integrantes de los equipos que me acompañan, luego de lo cual quisiera tener la oportunidad de hacer referencia a otros aspectos–, quiero recordar que esta reforma es muy nuevita –podríamos decir que se encuentra en su primera infancia–; sin embargo, camina a pasos agigantados y tiene un verdadero impacto en la mejora de la calidad de vida de los uruguayos. Cuando concurrimos a foros internacionales, nos llena de orgullo el hecho de que los extranjeros se refieran a nosotros como un país “líder”: somos un país líder en muchos aspectos, no solo en los sanitarios, aunque en estos se hace especial énfasis. Muchas naciones nos piden cooperación, por ejemplo, para la reducción de sus enfermedades crónicas no trasmisibles, para la lucha contra el tabaco y para poder instrumentar las herramientas que aquí hemos aplicado con el objeto de disminuir la mortalidad infantil y materna, mejorar la calidad de vida, la alimentación, los controles sanitarios y también la salud bucal y oftalmológica.

Dicho esto, señor Presidente, agrego lo siguiente.

Se me pueden objetar muchísimas cosas y se me puede decir que aún hay problemas. ¡Por supuesto que los hay! ¡Nos queda mucho por hacer! Hoy manifestábamos que realmente nos preocupa el aumento de las malformaciones congénitas, como primera causa de mortalidad infantil. Sin embargo, no se me puede decir que hay un deterioro del Sistema Nacional Integrado de Salud, como tampoco se me puede decir –¡porque acá están los resultados, que hablan por sí solos!– que la reforma de la salud está estancada o que no mejoró la salud de la población. Los resultados están a la vista, y como los señores Senadores pueden ver, hemos utilizado fuentes de datos internacionales, no únicamente nuestros trabajos.

Quiero recalcar una cosa más: si pudimos alcanzar estos resultados, fue gracias a los trabajadores de la salud de nuestro país. Quizás algunos de ellos –como ocurre en cualquier otro ámbito– no sean los mejores, o los más idóneos, y tal vez en algunos casos sus prácticas estén alejadas de las de los buenos ciudadanos, pero en modo alguno estamos hablando de la mayor parte de los trabajadores de la salud. La mayor parte de estos trabajadores es la que logra los resultados de

los que hemos dado cuenta. Todo esto no es fruto del trabajo exclusivo de la señora Ministra, del Subsecretario de Salud Pública, ni del grupo que nos acompaña. Es el producto del accionar de los trabajadores del Ministerio de Salud Pública, que continuamente están elaborando herramientas asistenciales y de gestión; además, es producto de esos trabajadores que día a día están en la cancha, trabajando con cada uno de los usuarios, y es producto, también, de usuarios que desinteresadamente recorren los barrios con los equipos de salud tratando de acercarlos a las comunidades para trabajar con ellos. Esto es el resultado de una nueva concepción de la salud; es el resultado de una reforma de la salud.

Señor Presidente: si bien no he finalizado, porque hay algunos otros aspectos que quisiera señalar más adelante, me gustaría que la Presidenta del Directorio de ASSE, doctora Beatriz Silva, diera respuesta a algunos de los planteos realizados por el señor Senador Solari.

11) SOLICITUDES DE LICENCIA E INTEGRACIÓN DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Antes de conceder la palabra a la doctora Silva, la Presidencia va a aprovechar la oportunidad para resolver algunos asuntos relativos a la integración del Cuerpo.

Ante todo, se comunica al Cuerpo que, en virtud de la licencia concedida al señor Senador Penadés por los días 8 al 12 de julio, queda convocado el señor Fernando Araújo, a quien se deberá tomar la promesa de estilo.

Léase una solicitud de licencia.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Hugo Rodríguez Filippini).- "Montevideo, 4 de julio de 2013.

Sr. Presidente de la
Cámara de Senadores
Cr. Danilo Astori
Presente

De mi mayor consideración:

Por la presente y de acuerdo a la Ley n.º 17.827, solicito a Ud., se me conceda licencia por asuntos personales, por el día de la fecha.

Sin otro particular, saludo a Ud. atte.

Rafael Michelini. Senador".

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota:)

–21 en 21. **Afirmativa.** UNANIMIDAD.

Se comunica que el señor Felipe Michelini ha presentado nota de desistimiento informando que por esta vez no acepta la convocatoria para integrar el Cuerpo, por lo que queda convocado el señor Antonio Gallicchio, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Hugo Rodríguez Filippini).- "Montevideo, 4 de julio de 2013.

Señor Presidente de la
Cámara de Senadores
Contador Danilo Astori
Presente

De mi mayor consideración:

A través de la presente, solicito al Cuerpo me conceda licencia por razones personales entre los días 8 al 11 de julio del corriente año, al amparo del artículo 1.º de la Ley n.º 17.827, de 14 de setiembre de 2004.

Sin otro particular, saludo al señor Presidente muy atentamente.

Rodolfo Nin Novoa. Senador".

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota:)

–21 en 22. **Afirmativa.**

Se comunica que los señores Héctor Lescano, Gustavo Guarino, Humberto Ruocco y Felipe Michelini han presentado nota de desistimiento informando que por esta vez no aceptan la convocatoria para integrar el Cuerpo, por lo que queda convocado el señor Antonio Gallicchio, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

Léase otra solicitud de licencia.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Hugo Rodríguez Filippini).- "Montevideo, 4 de julio de 2013.

Señor Presidente de la
Cámara de Senadores
Presente

De mi mayor consideración:

A través de la presente, solicito al Cuerpo me conceda licencia al amparo del artículo 1.º de la Ley n.º 17.827, de 14 de setiembre de 2004, el día jueves 4 de julio del corriente año, a partir de las 16 horas, por la causal establecida en el literal A).

Sin otro particular, saludo al Cuerpo muy atentamente.

Alberto Couriel. Senador".

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota:)

–19 en 20. **Afirmativa.**

Se comunica al Cuerpo que, en virtud de la licencia que se me ha concedido por el día de la fecha a partir de la hora 16, continuará ocupando mi Banca el señor Rubén Martínez Huelmo.

Pasará a ocupar la Presidencia del Senado el señor Senador Ernesto Agazzi, y al haber presentado nota de desistimiento los señores Julio Battistoni, José María Pereyra, Juan José Domínguez y Andrés Berterreche, informando que por esta vez no aceptan la convocatoria para integrar el Cuerpo, queda convocado para ocupar la Banca del Senador, el señor Aníbal Pereyra, a quien ya se ha tomado la promesa de estilo.

12) LLAMADO A SALA A LA SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, DOCTORA SUSANA MUÑIZ.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Resueltos ya los asuntos de integración del Cuerpo, con mucho gusto damos la palabra a la doctora Beatriz Silva.

SEÑORA SILVA.- Buenas tardes a todos los integrantes del Cuerpo.

Pensaba solicitar que se exhibiera una presentación, pero teniendo en cuenta la hora intentaré ser lo más escueta posible al comunicar verbalmente a los señores Senadores los datos más importantes con relación a ASSE como prestador de salud del Estado.

Previamente, quiero señalar que con quienes han integrado las Comisiones de Salud Pública, tanto en la Cámara de Representantes como en la de Senadores, ya hemos compartido algunos de estos datos. No obstante, me gustaría recordar que a diciembre de 2012 teníamos 1:200.000 usuarios y que hubo un avance en el número de usuarios del Fonasa, ya que de 2008 a 2011 pasó de 96.000 a 308.000. Estos últimos son usuarios que eligen atenderse en los servicios públicos de ASSE que están distribuidos en todo el país.

A su vez, el esfuerzo realizado con la aprobación del Presupuesto Nacional en este Parlamento ha permitido que desde el año 2004 –con las proyecciones a 2014– el presupuesto de ASSE vaya aumentando año a año, con un incremento muy importante en los montos asignados al financiamiento de los recursos humanos. Precisamente, el año pasado ejecutamos $ 18.000:000.000 y nuestra inversión en recursos humanos, que es el principal capital de esta institución, fue de alrededor del 61 %.

Como todos lo saben, tenemos servicios que dan respuesta a las políticas sociales de nuestro país, que suponen un alto porcentaje del gasto de esta institución, pero también tenemos establecidas algunas condiciones para el uso de esos recursos, lo que nos diferencia del resto de los prestadores. No solo en el planteo de la Rendición de Cuentas del año pasado, sino también en las diversas instancias en las que fuimos convocados en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, mostramos cómo desde 2001 a 2012 nuestros usuarios han mejorado la calidad de atención en forma permanente, pero, sobre todo, lo que tiene que ver con la posibilidad de acceder a este tipo de prestaciones.

A modo de resumen, puedo agregar que desde el año 2001 a 2012 se pasó de 27,4 cirugías por cada 1.000 usuarios por año a 42,7 –o sea que prácticamente las duplicamos– y se mejoró el indicador de consulta por usuario por año que también se duplicó, pues de 3,3 pasó a poco más de 6,9.

Como muchos de los señores Senadores recordarán, en su oportunidad también mostramos gráficos relativos a ese período de diez años –ahora once, porque incluimos 2012–, en los que se podía visualizar cómo se cruzaban los años 2007 y 2008, teniendo en cuenta cada uno de los indicadores que demostraban que no es cierto, como se escucha habitualmente, que ASSE cada vez tiene menos usuarios y cada vez más plata, pero que cada vez hace menos cosas. Estos datos, absolutamente comprobables, demuestran, reitero, que eso no es así.

Tendríamos muchos más datos para compartir con los señores Senadores, pero como la idea es hacer un

planteo resumido, simplemente quiero destacar que los servicios de ASSE y todos los servicios públicos que componen la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud –cabe aclarar que ASSE interviene como un prestador integral financiado por el Seguro; Sanidad Militar y Policial, como prestadores integrales no financiados por el Seguro; y el Banco de Previsión Social y otros, como prestadores no integrales– hemos hecho una apuesta conjunta para mejorar algunos de los procesos de atención que, sin duda, contribuyen a esos indicadores que la señora Ministra mostraba con una pendiente muy pronunciada, no solo de disminución de la mortalidad infantil, sino también de la mortalidad materna. A este respecto, me interesa resaltar que en el marco de las estrategias de Buenas Prácticas de Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño se promueve no solo el componente alimentación para la mejora del desarrollo del niño en sus primeros años de vida, sino fundamentalmente los derechos de las mujeres, los derechos del niño, los controles perinatales, la educación prenatal, el acompañamiento durante el parto, la participación y, sobre todo, el empoderamiento de la familia como tal para contribuir a la salud y al cuidado de los niños. En ese sentido, tenemos casi veinte unidades asistenciales acreditadas en todo el país en las que se asesora sobre las Buenas Prácticas para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, ubicadas, por ejemplo, en un centro de Tercer Nivel de Atención como el Hospital Pereira Rossell o en una Unidad Básica de Atención de Primer Nivel como la del departamento de Salto. Pero contamos con una serie de departamentos en los que se está trabajando en el proceso de acreditación para que este desafío de contribuir a la mejora de las condiciones de la salud del niño y de la madre se pueda lograr lo antes posible.

Además, aunque muchos de los señores Senadores los conocen, porque han sido activos participantes y han apoyado su creación, quiero recordarles que se está trabajando a nivel de los Bancos de Leche Humana y de los Centros de Recolección de Leche Humana que, en nuestro país, están todos instalados en servicios públicos de salud –la mayoría se encuentra en servicios de ASSE y hay un Centro de Recolección de Leche Humana en el Banco de Previsión Social–, en el marco de un proceso que se inició en el año 2003, por influjo de algunos médicos e integrantes de los equipos de salud, que los consideraron como una de las estrategias fundamentales. Actualmente tenemos Bancos de Leche Humana en el Hospital Pereira Rossell, en el Hospital de Tacuarembó y en el Hospital de Salto, mientras que los Centros de Recolección funcionan en el Banco de Previsión Social, en Paysandú y en Bella Unión. En los últimos tiempos, estos centros permitieron apoyar y promocionar la lactancia materna en más de 25.000 mujeres y alimentar a más de 7.000 niños usuarios de todo el sistema de salud y no solo de los servicios públicos.

En otro orden de cosas, hemos contribuido con un importante aumento en las camas de cuidados críticos en Pediatría. En la actualidad disponemos de 95 camas, de las cuales hay 4 o 5 contratadas a uso permanente en el marco de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud en el Hospital Policial y 8 camas de CTI neonatal, en el Hospital de Clínicas, además de todas nuestras camas propias en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en Salto y en Tacuarembó. De todas formas, seguiremos esforzándonos para acordar servicios de este nivel de calidad en el marco de la complementación de los servicios con el resto de los prestadores.

En lo que a recursos humanos refiere, contamos con 871 pediatras, 486 ginecólogos, 572 obstetras parteras, y 232 médicos de familia asignados a la salud perinatal, que trabajan en distintos niveles de complejidad para que la salud de la madre y del niño vaya mejorando cada vez más mediante nuestros servicios. Además, tenemos un componente muy significativo en un proyecto que gestionamos en conjunto con la Facultad de Medicina de la Universidad de la República en el que, a partir de esta próxima Rendición de Cuentas, participaremos en acuerdo con el Ministerio de Salud Pública. Se trata del Programa de Fortalecimiento para la Formación de los Recursos Humanos de los Prestadores Públicos de Salud que tiene una ejecución aproximada de $ 350:000.000 al año, donde el 40 % de ese presupuesto está asignado a distintas disciplinas que tienen que ver con la salud materno infantil y con el fortalecimiento del primer nivel de atención en el área de la que estamos hablando.

Por otra parte, se ha hecho un enorme esfuerzo para lograr la extensión de nuestros servicios en todo el país. Es así que en 52 lugares de ASSE se atienden partos –31 de ellos están consolidados como Maternidades– y estamos trabajando fuertemente con los prestadores locales para conformar, consagrar y formalizar convenios y acuerdos –tal como decía la señora Ministra– a efectos de conseguir Maternidades únicas en aquellos lugares donde nacen menos de 500 niños al año, y donde los recursos humanos especializados a veces son escasos, tal como ocurre fundamentalmente en el interior del país. A modo de ejemplo, podemos citar el Hospital de Young, donde desde hace mucho tiempo se está trabajando en base a un convenio, que también pensamos perfeccionar y fortalecer con otros servicios que intercambiamos con la mutualista CAMY de esa ciudad.

Asimismo, estamos trabajando fuertemente en el departamento de Colonia, en especial en la ciudad de Colonia del Sacramento, con el Hospital Evangélico y con la institución Orameco para poder acordar algunos aspectos que ya tienen un camino andado, como para tener una puerta única de atención pediátrica

y una Maternidad única cuando nuestro hospital se haya terminado de construir. También estamos haciendo lo propio en Carmelo a fin de acordar una Maternidad única.

Por su parte, en Sarandí del Yí la Maternidad que existe es solo nuestra y la "conveniamos" con el prestador privado del departamento de Durazno.

Estamos trabajando en un convenio multiservicio –para decirlo de alguna manera– con Casa de Galicia en el uso de la Maternidad y de los cuidados intensivos que vinculan también a la Ciudad de la Costa y a otros prestadores.

A su vez, hemos trabajado fuertemente en otros convenios de complementación en la atención de las puertas de urgencia y emergencia. En este caso, tenemos algunos ejemplos que, a los que trabajamos en ASSE desde hace tiempo, nos parecerían algo irreal o un sueño difícil de alcanzar. Hace muy poco, los cinco prestadores de la localidad de Sauce y la Intendencia de Canelones firmamos un acuerdo para que la puerta de atención de emergencia en esa localidad sea única. No hace mucho tiempo vinimos de Ismael Cortinas, donde hicimos lo propio en el Hospital de Flores.

Por eso, seguiremos avanzando en el fortalecimiento del Sistema Nacional Integrado de Salud desde un prestador público que ha tenido indicadores cada vez mejores desde hace más de diez años, pues aunque en el último lustro ha disminuido fuertemente la brecha de ingreso para poder atender y mejorar la calidad de la atención de nuestros usuarios –de los que somos responsables–, el gasto por usuario por año todavía sigue siendo un 20 % inferior que en el resto de los prestadores.

Solo para brindar algunos números, en 2011 en toda ASSE se asistieron 17.500 partos, distribuidos en las distintas regiones. Por supuesto, en la región sur es donde se concentra la mayor cantidad de población. Esta región tiene 400.000 afiliados aproximadamente, mientras que el resto de las regiones tienen alrededor de 200.000.

Hay algunos datos sobre los que es importante reflexionar. Decía la señora Ministra –y también lo comentaba el señor Senador Solari– que nuestra población, en un porcentaje importante, tiene algunas debilidades. No debemos olvidar que atendemos a la población que tiene menos recursos; no toda, pero sí en una gran proporción.

Actualmente contamos con el Certificado de Nacido Vivo Electrónico, que ha sido una renovación realizada hace muy poco tiempo –vemos que la informatización en otros ámbitos de la economía ha avanzado mucho más rápido–, y hoy cada prestador tiene la posibilidad de emitir ese Certificado al momento del nacimiento del niño. Esto hace posible que en el Hospital Pereira Rossell –nuestro hospital– el niño se vaya con su cédula de identidad luego de haber nacido. Pero estamos trabajando fuertemente con el Ministerio del Interior para que este mecanismo se pueda expandir a otras unidades asistenciales de ASSE.

El índice global de cesáreas realizadas en el año 2012 fue del 28 %. El 26,3 % de los nacimientos correspondieron a madres de edad menor o igual a 19 años. En la región del norte este porcentaje sube al 28,7 %.

En el promedio global de ASSE, el 60 % de las madres no convive con el padre de su bebé durante el embarazo y, concretamente, en la región sur, esta situación alcanza al 81 % de las madres que tuvieron sus hijos en algunos de nuestros servicios.

De los 17.457 partos que hubo en el año 2012, más del 40 % de las madres no habían culminado Primaria; el 54 % no había completado Educación Secundaria; y menos del 2 % tenía instrucción universitaria.

Las cifras que estoy brindando son solamente para ilustrar algunos de los temas.

Al finalizar, podré informar sobre qué es lo que estamos haciendo, en qué estamos y adónde va esta institución que es pública, que es de todos y para todos.

Pero, a continuación, voy a hacer referencia al planteo con que el señor Senador Solari comenzó su discurso. Quiero puntualizar que el informe que entregó el Ministerio consta de información que le brindó ASSE, de modo que, como Presidenta de un Directorio colectivo, asumo la total responsabilidad por la realización de ese informe. Debo aclarar que ese no fue un informe jurídico defensivo, que no es un informe entre abogados, que no es un informe burocrático y mucho menos, señor Presidente, es una burla, porque cada vez que ASSE ha sido convocada por los diferentes ámbitos parlamentarios hemos concurrido a informar con responsabilidad, con respeto y como corresponde a un organismo público de estas características, que tiene entre sus obligaciones la de informar al Parlamento. Y tampoco es un informe entre colegas.

Cuando concurrimos a las Comisiones de Salud tratamos estos temas con mucho cuidado. Incluso, en alguno de ellos –en el marco de la reserva que el trabajo en Comisión lo permite– pedimos que los registros de algunas conversaciones quedaran reservados para, justamente, preservar nuestras responsabilidades institucionales, los deberes y los derechos de las personas, y también de nuestros trabajadores.

Es por eso que, en el marco de lo dispuesto por la Ley n.º 18.335, de agosto de 2008, relativa a derechos y obligaciones de los pacientes usuarios de los servicios de salud, en su Capítulo V se establece: "La historia clínica es de propiedad del paciente, será reservada y solo podrán acceder a la misma los responsables de la atención médica y el personal administrativo vinculado con estos, el paciente o en su caso la familia y el Ministerio de Salud Pública cuando lo considere pertinente".

A su vez, a continuación establece: "El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediare orden judicial o conforme con lo dispuesto por el artículo 19 de la presente ley, hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal".

Su Decreto Reglamentario 274 de 2010, en su artículo 30 expresa: "La historia clínica será reservada y solo podrían acceder a la misma:

Los responsables de la atención a la salud del paciente y el personal administrativo vinculado a dicha atención incluyendo, en las hipótesis a que refiere el literal D del artículo 51 de la Ley n.º 18.211, a los del Fondo Nacional de Recursos.

El paciente o las personas que sean por él autorizadas.

El representante legal del paciente declarado judicialmente incapaz.

En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad del paciente, su cónyuge, concubino o el pariente más próximo.

El Ministerio de Salud Pública incluyendo la Junta Nacional de Salud cuando lo consideren pertinente.

Los servicios de salud y los trabajadores de la salud deberán guardar reserva sobre el contenido de la historia clínica y no podrán revelarlo a menos que fuere necesario para el tratamiento del paciente o mediare orden judicial o conforme a lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley n.º 18.335".

Más adelante se refiere a la confidencialidad de los adolescentes que, en algunos casos, también excluye, incluso, a sus padres responsables.

El artículo 32 establece: "Cuando se trate de personas fallecidas, el ejercicio del derecho de acceso a que refiere a los artículos 30 y 33 del presente Decreto, corresponderá a cualquiera de sus sucesores universales debidamente acreditados.

Cuando en la historia clínica existan datos de terceros –excluyéndose los datos del paciente o de las personas mencionadas en el literal a) del artículo 30 no podrá ser revelada esta información, a menos que se cuente con el consentimiento de los terceros o que medie orden judicial o requerimiento del Ministerio de Salud Pública".

Por lo tanto, señor Presidente, reitero que en ningún momento la información que se brindó al señor Senador Solari –que llegó hace dos días– tuvo intención alguna y que no merece ninguno de los calificativos que aquí escuchamos. Nosotros solo cumplimos con las disposiciones legales en el marco de la responsabilidad institucional que tenemos.

También la ley relativa a protección de datos personales o hábeas data nos restringe en el uso de envío de información en el sentido de que no tenemos la posibilidad de decirla y, mucho menos, brindarla en este ámbito que es público. Por eso, debemos tener las debidas reservas.

Por otra parte, si bien fue dicho en otros momentos de la alocución, el Decreto 500, del año 1991, que reglamenta todos los procedimientos administrativos en su artículo 174, establece expresamente: "La obligación de mantener el secreto alcanza a todo funcionario que por cualquier motivo o circunstancia tuviese conocimiento de aquellos. Su violación será considerada falta grave".

Por imperio del artículo 170 del mencionado Decreto y según lo establecido en los artículos 8.º y 11 de la Convención Americana de Derechos Humanos, "el funcionario público sometido a un procedimiento disciplinario tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad y se presumirá su inocencia mientras no se establezca legalmente su culpabilidad". Atendiendo a lo anterior y en la etapa procesal oportuna, la cual se dará con vista de las actuaciones luego de concluida la instrucción por parte del funcionario encargado, se retomará el principio de la publicidad pudiendo, recién en esa instancia, brindar la información solicitada.

Reitero que considero que los calificativos que se emitieron respecto a ese informe no son merecidos; simplemente hicimos lo que la ley nos permite, con el debido respeto de los derechos de las personas y en cumplimiento de nuestra responsabilidad institucional.

Después de acaecidos los diferentes casos que muchos conocemos, que lamentablemente han sido objeto de uso por parte de los medios –lo que hemos discutido mucho en el Directorio de ASSE–, hemos planteado cuál es nuestra responsabilidad como órgano colectivo de conducción de una institución pública

de esas características. Hemos tenido ejemplos muy tristes –así lo hemos compartido con algunos señores Diputados en el interior–, en los que ciertas personas –en algunos casos, adolescentes muy jóvenes– han sido expuestas socialmente. Hoy, a través de nuestros servicios, estamos tratando de acompañarlas e, inclusive, de habilitarles la posibilidad de que se radiquen en otro departamento porque esa exposición realmente les ha generado problemas muy graves. Luego de la mención a todos estos casos, quiero detenerme en lo que ASSE hizo al respecto.

Sobre el caso de la señora que falleció en Paso de los Toros, existen registros en todas las versiones taquigráficas de las Comisiones de Salud Pública a las que hemos concurrido pero, además, ASSE como institución y su Directorio colectivo en pleno, luego de un informe preliminar de la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina, emitieron un comunicado público reconociendo que tienen una metodología específica y que trabajan para detectar el error que existe en los servicios de salud. Si bien este es un método de análisis realmente muy nuevo en nuestro país –que data de los años noventa–, tiene también el cometido de preservar las actuaciones de la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina de todos los otros organismos judiciales o de la competencia del Derecho, como no lo tienen el Derecho anglosajón, el chileno o mexicano, que han ido bastante más adelante en este tema. Nosotros estamos trabajando con el Ministerio para resolver estas cuestiones.

Como dijo el señor Subsecretario, Presidente de la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente del Ministerio de Salud Pública, lo imperdonable no es el error sino no reconocerlo y no tomar medidas para que no vuelva a ocurrir. En ese caso, como en otros, hemos hecho todos los esfuerzos para tomar las medidas que nos permitan mantener la debida calidad en la atención y dar respuesta a las personas y a sus familias cuando corresponda.

A mí no me compete tomar partido por la verdad porque de todas nuestras actuaciones tenemos debidamente registrado cada uno de los esfuerzos que se hicieron por parte de los equipos técnicos, de salud mental, de Jurídica, de la Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina, de los médicos legistas, de los Directores o integrantes de los equipos de gestión, de la Gerencia General, de la Gerencia Asistencial y de muchos otros integrantes del Directorio para dar el soporte que la familia necesita. Por lo tanto, me parece que en honor a lo que dije sobre la reserva, no corresponde que emita juicios de valor ni que tome partido por la verdad.

ASSE ha llevado adelante sus acciones en forma absolutamente responsable, en primer lugar, tratando de confortar ante la pérdida y, en segundo término, identificando si se trató de un error o de un evento que era propio de la situación de salud de las personas, tomando las medidas que cada caso ameritaba en su momento.

Frente a los hechos ocurridos, desde la Gerencia General de ASSE y la Gerencia Asistencial se tomaron una serie de medidas, entre las que se destaca en forma muy notoria la realización de talleres de discusión y de análisis con los equipos de gestión de todo el país. De estas discusiones participaron más de ciento veinte personas en cada uno de los lugares y en cada una de las regiones. Se trabajó en conjunto con todas las Direcciones Regionales, con la Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina, con los equipos de salud mental de cada una de las unidades ejecutoras y con la Dirección de Salud Mental de ASSE. La finalidad perseguida fue tomar contacto directo con cada una de las situaciones, con los actores, con su propósito y con el marco de contención que necesitaban. Se procuraba apoyar a los equipos asistenciales poniendo muy expreso énfasis la definición de los planes de contingencia, en el establecimiento de cuál debe ser el rol de cada uno de los integrantes del equipo de salud frente a cada evento y comunicarlos, discutirlos y publicarlos adecuadamente.

Así fue como se elaboraron y difundieron las pautas de actuación frente a la consulta de una paciente embarazada en las puertas de urgencia o de emergencia de todos los hospitales generales de ASSE y se fortalecieron las Comisiones de Seguridad del Paciente, tanto a nivel central como en cada unidad asistencial. Ello se hizo siguiendo una estrategia integral, articulada y de seguridad entre el usuario paciente y el equipo de salud, con el objetivo de dar garantías de seguridad a la atención, de focalizar esta atención en los eventos y de modificar los procesos que fueran necesarios para reducir la probabilidad de que vuelvan a ocurrir en el futuro.

Sin duda que hubiéramos querido tener más recursos para asignar a cada una de las unidades asistenciales y conformar así muchas más Comisiones de Seguridad del Paciente con la participación también de los usuarios de los servicios, pero hemos hecho un enorme esfuerzo para que esta estrategia sirva para identificar los eventos a los que hice mención.

Asimismo, se buscó incrementar el conocimiento general acerca de los eventos centinelas, de sus causas y las estrategias para su prevención. A este respecto, se conformó un equipo multidisciplinario que elaboró un procedimiento de actuación frente a la ocurrencia de este tipo de eventos –que fueron muy bien definidos por la señora Ministra–, que se difundió a todas las unidades asistenciales. Corresponde señalar

que como la inconveniencia de la aplicación de un protocolo de esas características se evalúa desde un lugar más pequeño, cada semana le estamos haciendo alguna modificación, lo rediscutimos y lo volvemos a comunicar.

Seguiremos haciendo el esfuerzo para continuar avanzando y definiendo en estas pautas la necesidad de conformar equipos de salud y especialidades con las que se pueda trabajar en conjunto. De acuerdo con lo que hemos podido advertir, en algunos de estos eventos el problema, la falla o el resultado adverso se encontraba en la comunicación, en la integración del equipo. Cabe señalar que esto ha sido debidamente informado en algunos de los puntos que el señor Senador Solari y este Cuerpo señalaron en el pedido de informes, donde se consultaba acerca del estado de cada uno de los procedimientos administrativos, de la investigación administrativa llevada a cabo, de los casos en que ha culminado, de los nuevos procedimientos disciplinarios que de ella resultaron, de la existencia de denuncia penal o civil y sobre cuál de los procedimientos clínicos determinados por la Justicia competente estamos esperando los resultados de la autopsia.

Quiero hacer especial mención a uno de los planteos. Aquí se dijo que había sido una casualidad; sin embargo, la investigación administrativa de la situación de la señora fallecida en Paso de los Toros culminó hace más de una semana. En su momento, el Directorio, por mayoría, adoptó la decisión de definir una investigación administrativa, además de todos los demás procedimientos de contingencia que se implementaron para este caso. Finalizando la semana del 20 de junio se citó a una sesión extraordinaria del Directorio para el lunes 24 a las 10 horas. Allí la Gerencia General, con todos los informes jurídicos de la investigación administrativa, sugirió algunas medidas, más allá de que la mayoría de los integrantes del Directorio teníamos una posición tomada. Ese mismo día –lunes 24– pudimos haber firmado la resolución que terminamos firmando en el día de ayer, pero una de las posturas de nuestro Directorio es que cuando alguno de los integrantes del colectivo pide tiempo para analizar los expedientes y tomar posición, le sea otorgado. Eso fue lo que ocurrió, por eso en la sesión ordinaria de ayer, el Directorio resolvió decretar sumarios administrativos para tres integrantes del equipo de atención, con la aprobación de todos sus miembros. Si bien hubo objeciones y planteos diferentes respecto a la necesidad de llevar adelante estos procedimientos disciplinarios con separación del cargo o no, hubo una fundamentación muy seria de la Gerencia General que definió por qué en su planteo no figuraba la separación del cargo de alguno de los profesionales actuantes y el Directorio consideró que esa debía ser la forma en que se sustanciaran esos procedimientos disciplinarios que hoy están en marcha.

Con respecto al caso antes mencionado, también quiero aclarar que hemos tenido algunos pedidos –especialmente de la Justicia– de datos concretos sobre el expediente y, por lo mismo que dije al principio de mi exposición con respecto a la reserva de los datos, a pesar de que la investigación administrativa culminó, el proceso de los sumarios continúa. Entonces, hasta que no finalice nos rige la debida reserva con relación a la emisión de los datos, salvo que un Juez disponga lo contrario.

El señor Senador Solari planteó una serie de casos. Nuestros asesores han tomado nota de cada uno de ellos e investigaremos si, desde el punto de vista formal o no formal, realmente alguno de esos planteos está ocurriendo, como por ejemplo, las denuncias sobre procedimientos no culminados, ocultados y escondidos.

Quiero aclarar que en el Directorio que me toca presidir y que compartimos con el doctor Soto –que me acompaña hoy aquí–, no hay acuerdos de supuesta paz con ninguno de sus miembros. Tenemos un Directorio integrado por cinco miembros y a cada uno de ellos le corresponde un voto –por supuesto que al Presidente, en el marco del Reglamento, le corresponden otras responsabilidades–, además, acordamos las sesiones del Directorio, definimos la priorización del orden del día, discutimos fuertemente muchos temas y tomamos las decisiones que corresponden dentro del marco de respeto que nos rige. Reitero que con ninguno de los integrantes del Directorio tenemos un acuerdo de supuesta paz; no lo tenemos con los designados por el Poder Ejecutivo ni tampoco con los representantes sociales.

En el día de ayer, y también hoy, me sorprendió ver una información donde se detallaban los nombres de las personas acerca de las cuales habíamos tomado la decisión de iniciar un proceso de sumario administrativo. En la tarde de ayer, después de la sesión del Directorio, fui consultada por un medio de prensa al cual le señalé que hasta tanto las actas no estuvieran formalmente firmadas y las resoluciones debidamente ingresadas en el formalismo que corresponde al trabajo del Directorio, no iba a hacer ninguna declaración. Aclaro que las declaraciones que aparecen en los medios no fueron realizadas por el Vicepresidente ni por quien habla. También quiero señalar que si el informe que pidió el señor Senador Solari hubiera estado pronto antes del día de ayer –que fue cuando tomamos efectivamente la decisión–, también hubiéramos incorporado este aspecto en el informe entregado al Senado.

Con respecto a alguno de los otros planteos, voy a tratar de ser breve para hacer honor a lo que hago habitualmente cuando voy a las Comisiones de Salud, donde tomo nota, contesto a las preguntas, y cuando

no puedo hacerlo, trato de averiguar para dar la información pertinente.

Conozco muy bien al Uniquer –dirigí ese Centro– y puedo decir que es un instituto de medicina altamente especializado. Es prácticamente el único servicio de medicina altamente especializado –si bien hay otro, que tiene muy poquitas camas– para niños quemados en estado grave. Cuenta con un excelente plantel técnico, nivel de calidad y una jefa responsable que ha peleado, desde hace muchísimos años, para que ese servicio utilice elementos de calidad. Asimismo, dentro de su propio Servicio se construyó un *block* quirúrgico con dos salas. Hace muchos años tuvo dificultades y, para asegurar la debida cobertura asistencial y fundamentalmente la debida calidad de la atención, se decidió que esos procedimientos se hicieran en el *block* central del Pereira Rossell. Durante muchos años, aproximadamente la mitad de los procedimientos de cirugía de su servicio eran de urgencia y siempre se realizaron en el *block* quirúrgico central, en el cuarto piso del hospital, y la otra mitad eran cirugías coordinadas que se realizaban dos días a la semana. Por lo tanto, en su momento, la decisión del hospital fue centralizar esa mitad de cirugías.

En cuanto al traslado de los residuos, se hace por ascensores diferentes. Alguna vez puede haber ocurrido que se utilizaran los mismos ascensores, pero no tengo ninguna duda de que se cumple con el protocolo adecuado para la limpieza y el traslado de los pacientes.

Con respecto a los otros planteos que realizó el señor Senador Solari relacionados con el desempeño de los profesionales que allí trabajan, no tengo datos concretos, pero si después de la sesión considera que necesita alguna información ampliatoria, con gusto se la podré enviar.

En otro capítulo se planteó la ineficacia o ineficiencia en la que ASSE, como servicio público, habría incurrido. Una de ellas fue, concretamente, el Convenio con el Fondo Nacional de Recursos. De hecho, el artículo 275 de la Ley n.º 18.834 de Rendición de Cuentas y Balance de Ejecución Presupuestal del año 2010 amplía las competencias del Fondo Nacional de Recursos y le da algunas potestades que se agregan a la normativa inicial. No hicimos el pedido al Fondo Nacional de Recursos ni estamos tercerizando la realización de las Juntas Médicas, así como tampoco la sustitución del funcionamiento de nuestros servicios de certificaciones médicas. Simplemente, nos sorprendió que hubiera una tasa muy alta de certificaciones médicas prolongadas. En el ámbito del trabajo conjunto con los trabajadores vimos que queríamos identificar por qué se daba esta situación, si era por fallas en el proceso de certificación o porque había trabajadores que tenían patologías que debíamos atender y eventualmente debíamos prevenir como pasa, sin duda, con los trabajadores de la salud. Por eso hicimos ese acuerdo. De hecho, el Fondo Nacional de Recursos tenía un antecedente muy bien evaluado, en el que nosotros también nos apoyamos. El Banco de Seguros el Estado había solicitado una auditoría especial para que se analizara este proceso, que tuvo muy buenos resultados, con recomendaciones beneficiosas para la empresa. Por lo tanto, hay una norma legal que habilita al Fondo. Con esto no lo estoy defendiendo, simplemente estoy diciendo que el convenio de ASSE fue aprobado por el Tribunal de Cuentas de la República, está en ejecución y no tiene como objetivo sustituir una responsabilidad que es institucional.

No podemos pedirle al Banco de Previsión Social que haga esta auditoría porque oficia como segundo opinante, cuando las Juntas Médicas de nuestro servicio aconsejan o disponen jubilaciones transitorias por incapacidad que, por supuesto, son resorte de dicho Banco. En principio –lo confieso– habíamos tenido esa iniciativa, pero después nos dimos cuenta de que el organismo de alzada no podía ser el mismo que nos auditara.

Hay una larga historia de dificultades en los servicios de ASSE en lo que tiene que ver con los equipos que se compran y se dejan guardados en cajones. Cuando ingresé al Pereira Rossell, en el año 1996, armamos un buen equipo de radiología contrastada, con dos equipos que estaban sueltos por allí. Al final, quedó armado solo uno porque el otro había quedado inutilizado.

Estamos haciendo muchos esfuerzos para que cada equipo que se instale, funcione. De hecho, hoy tenemos diez tomógrafos: en el año 2012 se hicieron más de cincuenta mil tomografías en nuestros servicios. Contamos con muchos acuerdos de complementación, aunque en el departamento de Flores estamos teniendo alguna dificultad en ese sentido. Decía que acabamos de firmar un convenio para la atención en el primer nivel en la localidad de Ismael Cortinas y creo que las palabras de los que allí estuvimos fueron de compromiso para que en el departamento de Flores se pueda resolver el uso del tomógrafo para toda la red de prestadores.

Quiero puntualizar una vez más –lo hemos hecho en las Comisiones y en distintos medios– que el Hospital de Canelones nunca tuvo un CTI. Sí, en su proyecto de construcción, se previó la instalación futura de un servicio de cuidados intensivos, así como también parte del equipamiento que se compró. Por supuesto que algunos de los equipos que hoy se utilizan en los servicios de cuidados intensivos son diferentes y otros ni siquiera existían en el momento en que se planificó. Hemos explicado a la opinión pública que

en el Hospital de Canelones no se cerró un CTI, sino que nunca se abrió y que tenemos dificultades para que en ese lugar se instale uno, porque no solo supone planta física y sus equipos sino, además, recursos humanos para que trabajen en él y, fundamentalmente, todos los otros servicios de soporte que requiere la instalación de un Centro de Cuidados Intensivos en un nosocomio de estas características. Hoy, el Hospital de Canelones no cumple con esos requisitos, como para que el Ministerio de Salud Pública pueda habilitar en él un servicio de cuidados intensivos.

Por esa razón seguimos trabajando también en el departamento de Canelones para evaluar estrategias, en el marco de la complementación de servicios, como lo hicimos en el departamento de San José. Estamos hablando de un departamento en el que, durante largo tiempo –tal vez, algunas décadas–, ha habido una fuerte preocupación de su población por la instalación de un CTI. Hemos celebrado, con la Asociación Médica de San José, un acuerdo de arrendamiento permanente de una cama, con opción a dos. Esto, sin duda, resulta muy eficiente desde el punto de vista de los recursos, porque la instalación de una cama supernumeraria en un servicio tiene menos costo que la instalación de un servicio completo. En eso estamos: tratando de avanzar y de mejorar la complementación de servicios.

A los efectos de resolver algunas ampliaciones en servicios propios, hemos incluido en la Rendición de Cuentas un artículo que nos permita la transferencia de dinero, del Rubro Gastos de Funcionamiento al Rubro 0, a fin de contratar recursos humanos para aquellos casos en que resulte más eficiente –o no haya otra posibilidad– manejarnos con servicios propios, hacer las cosas en casa y no hacerlo afuera.

Tomaré en cuenta el video que el señor Senador proporcionó sobre los insumos, pero desde ya digo que no quedó claro cuál era el origen de estos. Se veían bolsas de diálisis, pero ninguno de nuestros servicios de ese departamento las utiliza. Si se nos pueden dar los detalles, con gusto lo investigaremos e informaremos, como corresponde.

Con relación a las imágenes mostradas sobre la situación del *block* quirúrgico del Hospital Maciel, quiero informarles –algunos de los señores Senadores han participado de las actividades– que se está remodelando todo el sector porque no reunía las condiciones necesarias para cumplir con su función, y que ASSE y todos los uruguayos estamos invirtiendo más de setenta millones de pesos en su remodelación. Concretamente, se está construyendo un *block* quirúrgico de más de seis salas, todo a nuevo, dotado de excelente tecnología. Asimismo, se ha establecido como estrategia la realización de cirugías coordinadas en otros hospitales, con un sistema de traslados organizados que ha dado muy buenos resultados. Tenemos ejemplos increíbles. Es la primera vez que esto se hace en este país en un servicio, bajo el eslogan: "El hospital va donde va su gente". La familia está debidamente informada; el material se lleva a los servicios públicos con los que hemos celebrado convenios y el anestesista y el cirujano lo espera, lo recibe y lo entrega nuevamente al hospital. Solamente se hacen algunos procedimientos de urgencia y de emergencia en un área construida especialmente para tal fin y está planteada la posibilidad de tener dos salas que se cierran en forma independiente cuando se están realizando procedimientos con los pacientes, porque no tiene un área física definida –porque, por supuesto, durante la construcción de un nuevo *block* se está en una situación de emergencia y contingencia– para el intercambio de pacientes y de camillas. En cambio, sí tiene un estrictísimo protocolo de higiene y de entrada a esas áreas que está bien definido para que no haya infecciones durante los meses en que se está llevando a cabo la construcción del *block* quirúrgico del Hospital Maciel, que señalo, además, se está haciendo en un tiempo récord. Invito a los señores Senadores a conocer los avances de la obra cuando lo deseen porque, realmente, da gusto estar allí.

Sin duda que también investigaremos como corresponde la denuncia relacionada con el *delivery* de *pizza* y tomaremos las medidas disciplinarias que el caso amerite.

Respecto a planteos más diversos, como el de la ambulancia estacionada frente a un hotel de Brasil, la fiesta en el Hospital del Chuy y el caso de los choferes del Hospital Vilardebó, debo decir que se han llevado adelante procedimientos disciplinarios, se han tomado medidas, se han hecho sugerencias y se han impartido sanciones. Tal vez no hayan sido las más adecuadas; ocurre que nosotros también tenemos las dificultades propias de una institución grande. No obstante ello, hacemos los máximos esfuerzos para que cada procedimiento se rija de acuerdo con las disposiciones vigentes.

Para terminar, señor Presidente, me gustaría hacer un comentario respecto a lo que señalaba el señor Senador Solari: "Me gustaría irme de acá sabiendo qué va a pasar con los servicios y qué se piensa hacer". Algunos de los datos que comentaba al principio demuestran qué es lo que estamos haciendo con el esfuerzo de todos, con el esfuerzo de los más de 26.000 trabajadores que están en todos lados, con el esfuerzo de nuestro país y de este Parlamento para resolver el tema de los recursos que necesita esta institución para seguir funcionando.

Estamos ante un proceso de cambios revolucionarios, ante un proceso de descentralización único en la historia –por lo menos en la historia que conoz-

co muy de cerca– de los servicios de salud. Estamos trabajando en clave de regiones, definiendo criterios de selección para que los directores regionales, los coordinadores subregionales y los integrantes de los equipos de gestión, tengan la posibilidad de ocupar los puestos. Más de cuatrocientas personas de ASSE, de todos los puntos, están haciendo un enorme trabajo con la finalidad de integrar las redes de salud y establecer los cometidos de los más de ochocientos puestos de atención que tenemos en el país; y cuando uno de ellos, por alguna razón, no cuente con los recursos necesarios para cumplir su cometido habitual, que pueda tener una red continente que reciba al paciente, lo atienda y le asegure la calidad de su atención.

Es algo que nos está dando un gran trabajo, porque si bien muchos decimos que la descentralización es necesaria y es una herramienta muy valiosa, no a todos les gusta descentralizar. Estamos haciendo ese esfuerzo con el apoyo del Área de Gestión y Evaluación del Estado de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, con la Organización Panamericana de la Salud, con el Ministerio de Economía y Finanzas, con el Tribunal de Cuentas –con cuyas autoridades mantuvimos varias reuniones para evaluar las distintas alternativas para la descentralización– y con la Junta de Transparencia y Ética Pública del Estado.

Seguiremos aportando a la formación de los recursos humanos; seguiremos peleando por que este sistema, de todos y para todos, tenga cada vez mejores recursos y mejores resultados; seguiremos investigando responsablemente cada uno de los hechos que consideremos inadecuados, en los que no hayamos dado la atención que merecen nuestros usuarios o no hayamos hecho el trabajo que merecen nuestros funcionarios. Y saldremos a dar la cara institucionalmente cuando corresponda, como lo hicimos a propósito de la señora que falleció en Paso de los Toros. No conozco un antecedente de este tipo; nos costó mucho, pero lo hicimos con responsabilidad y todo el Directorio respondió a ese reclamo.

Un ratito antes de venir para acá recolecté, de algunos de los lugares que mi memoria me permitía ubicar, una cantidad de cartas de agradecimiento y reconocimiento al trabajo que los distintos equipos hacen en los diferentes lugares –entre ellas, por ejemplo, la de una señora que tuvo su hijo en Durazno luego del fallecimiento de una de las jóvenes–, con las dificultades que tenemos, que son muchas, sí, pero que son cada vez menos y las seguiremos resolviendo. Si miramos todas estas cosas que recibimos cada día, como los dibujos que los niños hacen para nuestros médicos de las policlínicas más alejadas, y no las encuestas sobre cuáles son nuestras dificultades, tendremos la satisfacción de ver que estamos cumpliendo con nuestro deber. Nuestra responsabilidad está en todo: en cumplir con estos poquitos que no están de acuerdo y con los miles que permanentemente están reconociendo nuestra función; en resolver los problemas que se presentan; en trabajar contra el error y tener un servicio cada vez mejor. Lo hacemos, señor Presidente, con la responsabilidad que corresponde a un rol de estas características y, bueno, a veces podemos dar respuestas y otras veces no.

Muchas gracias.

SEÑOR PASQUET.- Pido la palabra para una cuestión de orden.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR PASQUET.- La Bancada del Partido Colorado solicita un cuarto intermedio de diez minutos.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Se va a votar.

(Se vota:)

–24 en 26. **Afirmativa.**

El Senado pasa a cuarto intermedio por diez minutos.

(Así se hace. Es la hora 15 y 1 minuto).

(Vueltos a Sala).

–Habiendo número, se reanuda la sesión.

(Es la hora 15 y 19 minutos).

–El Senado continúa con el análisis, en régimen de Comisión General, del estado de situación y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, con énfasis en la calidad de la atención brindada durante el embarazo, el parto y el puerperio.

La doctora Beatriz Silva estaba en uso de una interrupción, pero como ya ha culminado su intervención, puede continuar en el uso de la palabra la señora Ministra de Salud Pública, doctora María Susana Muñiz.

SEÑORA MINISTRA.- Señor Presidente: no quiero obviar algunas de las inquietudes planteadas por el señor Senador Solari, que necesariamente merecen una respuesta, al igual que las del resto de los integrantes de este Cuerpo.

Con respecto al doctor Luis Gallo –quien nos acompaña hoy en el equipo–, quiero aclarar que se desempeña como Presidente de la Junasa, órgano

desconcentrado del Ministerio de Salud Pública, de participación interinstitucional, multiparticipativo –integrado por los prestadores del Sistema, los usuarios y los trabajadores de la salud–, que administra el Seguro Nacional de Salud. El cargo del doctor Gallo es honorario, y fue designado por el Poder Ejecutivo, en este caso, por el Presidente y el Ministro. Es también asesor de quien habla, en un cargo creado por ley, para el que fue designado junto con el Presidente de la República. En ambos casos, se trata de designaciones políticas y de público conocimiento. También es de público conocimiento que el doctor Luis Gallo es un cirujano infantil, de los pocos especialistas que ejercen esta especialidad en nuestro país. Desarrolla su actividad en hospitales públicos, y también en una cooperativa médica, en estricto cumplimiento de las normas que lo habilitan para ello. No existe, por lo tanto, disposición alguna que imposibilite o prohíba al doctor Gallo el ejercicio profesional en el ámbito público y privado a la vez.

Por lo tanto, señor Presidente, quiero expresar mi rechazo a las expresiones vertidas y decir que el doctor Luis Gallo es un valiosísimo asesor, con quien es un honor trabajar.

La segunda inquietud que quiero aclarar –ya la respondió la Presidenta del Directorio de ASSE– refiere a las competencias del representante de los trabajadores. En virtud de que en uno de esos casos me vi involucrada, quisiera decir que la señora Nybia Revetría –una persona de mi mayor consideración– continúa trabajando como administradora del hospital. Creo que esto me exime de mayores comentarios.

Con relación a la afirmación que hacía el señor Senador Solari en cuanto a que el Sistema Nacional Integrado de Salud está en crisis, quiero decir que se viene desarrollando y se siguen ampliando derechos. Las personas reclaman sus derechos y el Estado debe responder, y eso es lo que estamos haciendo.

En cuanto a la salud materno-infantil, consideramos que algunos datos que se han manejado son erróneos. Es cierto que los nacimientos aumentaron, pero las cifras que maneja el señor Senador son incorrectas: en vez de 49.500 nacimientos, hubo 48.200. En el año 2011 hubo 417 defunciones de menores de un año, y en el año 2012 hubo 447. Cabe señalar que 33 de esas defunciones fueron de nacidos con un peso inferior a los 500 gramos, que fallecieron en el primer día de vida. Por consiguiente, se detecta un aumento en el registro de los nacimientos con un peso inferior a 500 gramos que, como decíamos hoy, tienen prácticamente un 100 % de mortalidad. Si ajustamos la tasa de mortalidad infantil excluyendo estas muertes, podemos decir que en 2012 fue de 8,6 por mil nacidos vivos, mientras que la tasa de mortalidad infantil, incluyendo a los nacidos con un peso menor a 500 gramos, fue de 9,27 por mil. La tasa de mortalidad neonatal en 2012 fue similar a la de 2011, es decir, 8,6 por mil nacidos vivos; no aumentó.

Corresponde aclarar que si bien Montevideo es el departamento que concentra la mayor natalidad, la tasa de mortalidad ha ido descendiendo: en el año 2010 fue el 7,6 por mil; en 2011 fue de 8 por mil y en 2012 se ubicó en 6 por mil. Según datos del Sistema de Información Perinatal de la Maternidad del Hospital Pereira Rossell, no hay un comportamiento único, sino fluctuante; de hecho, hay menos óbitos que históricamente. En el año 2008 hubo 110 óbitos; en el 2009, 68; en el 2010, 94 –aquí está la fluctuación que mencionamos–; en 2011, 71, y en el 2012, 85.

La tasa de mortalidad fetal en la Maternidad del Pereira Rossell también muestra fluctuaciones con tendencia a la baja. En el 2008, hubo un 13,8 por mil nacimientos; en el 2009, 8,2; y en 2010, 12,1. Queremos recordar que los controles del embarazo mejoraron, si bien nos falta mucho por hacer; en ese compromiso estamos.

En el año 2008, el 8,3 % de las embarazadas no se realizaban controles; tenían cero controles. En cambio, en el año 2012 ese porcentaje se redujo a 5 %. Obviamente, queremos llegar a la meta de cero por ciento sin controles. Actualmente, el porcentaje de embarazadas controladas adecuadamente supera el 65 %. La población beneficiaria de ASSE muestra diversos factores de vulnerabilidad que dificultan el control adecuado, pero se viene mejorando.

Con relación a la crisis de confianza en los equipos de salud y el sistema –que fue otro de los temas que planteó el señor Senador Solari–, en los estudios de opinión pública que encargó la Junasa vemos que hay confianza en las instituciones y en los profesionales de la salud –cabe aclarar que son estudios independientes– que la Junta supervisa en cuanto a calidad técnica; la satisfacción es alta, la movilidad de los usuarios es muy baja y hay gran adhesión. En una escala del 1 al 10, la satisfacción con el primer nivel de atención es de 8,2 % y con la internación hospitalaria es del 8,6 %. Además, el 94,7 % de todos los socios de las instituciones, tanto públicas como privadas, manifiestan que seguirán siendo socios de la institución. De hecho, la movilidad regulada de usuarios, lo que llamamos "la apertura del corralito", que se produce en el mes de febrero, ha ido descendiendo; de los habilitados a cambiarse de prestador, en febrero de 2009 lo hicieron el 7,4 %; en febrero de 2010, el 6,6 %; en febrero de 2011, el 6,4 %; en febrero de 2012, el 4,6 %; y en febrero de 2013, el 4,4 %.

En cuanto al riesgo de colapso asistencial en el sector de las mutualistas del Sistema Nacional Integrado de Salud, la situación económica de las mu-

tualistas no solo no es caótica, sino que ha mejorado, en particular en el último Ejercicio, cerrado en setiembre de 2012. Y seguirá mejorando hasta el año 2016, en la medida en que aumentan las cápitas que el Fonasa paga por los jubilados que ingresaron al sistema en el año 2012. Es cierto que la situación de las instituciones no es homogénea, y así como 24 de las 38 instituciones mejoraron sus resultados, hay algunas –como es el caso del Casmu y de la Asociación Española– que no han logrado aún revertir resultados negativos e importantes endeudamientos que arrastran del pasado, muy anteriores al año 2005. A su vez, se ven particularmente favorecidas por el ingreso de jubilados y pensionistas al seguro, ya que siempre se ha atendido allí a una población envejecida y, por lo tanto, más costosa. Es de esperar, entonces, que estas instituciones mejoren especialmente sus resultados hacia el año 2016.

Hay que destacar que el Ministerio de Salud Pública realiza el seguimiento y monitoreo permanente de la situación de estas instituciones, tanto en aspectos económico-financieros –en este caso junto al Ministerio de Economía y Finanzas– como asistenciales. El mal llamado fideicomiso es, en realidad, un fondo de garantía para la reestructuración de pasivos –creado por la Ley n.º 18.439, de 2009– mediante el cual las instituciones emiten títulos de deuda con garantía del Fonasa. Con esto se busca, particularmente, apoyar a estas instituciones durante el período de transición, es decir, hasta el año 2016. El Estado es facilitador, pero no financia dichos acuerdos.

Queremos acotar que llama la atención que el señor Senador Solari hable de una institución como el SMI, que en realidad presenta una situación equilibrada; esto ha sido así durante los últimos años. Las tres instituciones mencionadas ofrecen altos estándares de atención y vienen administrando y resolviendo muy bien los problemas que se generaron desde 1990 a 2005. Sus usuarios muestran índices de adhesión importantes, como en todo el sistema.

En cuanto a la extensión de la cobertura del Fonasa, queremos decir que tener un fondo único es un gran acierto de la reforma. El objetivo de la cobertura universal implica garantizar el derecho a la salud para toda la población, con equidad y protección financiera, con equidad en el financiamiento, y con solidaridad a través del Fonasa, que requiere del aporte de todos los trabajadores según su capacidad de pago; no admite excepciones que implicarían privilegios. El aporte a un fondo único permite, a su vez, mejorar el nivel y calidad de las prestaciones. Esta unificación de fondos, con solidaridad intergeneracional, solidaridad entre sanos y enfermos, y solidaridad de ingresos, permite que actualmente 2:200.000 uruguayos cuenten con protección de salud a través del Seguro Nacional de Salud, incluyendo la cobertura de 600.000 menores y más de 320.000 jubilados y pensionistas. También permite brindar atención en salud mental a la población, ampliar las prestaciones en el área de la salud sexual y reproductiva y mejorar el acceso de toda la población a la atención en salud.

En cuanto a lo que mencionaba el señor Senador Solari sobre la inaccesibilidad que representan las tasas moderadoras, quisiera decir que entre 1990 y 2005 los tiques y tasas moderadoras fueron el mecanismo de financiamiento de las instituciones. Su liberalización en el año 1993 trajo aparejado un aumento, representando un freno al acceso a la atención y convirtiéndose en un impuesto a la enfermedad. Los trabajadores aportaban, no podían asistirse, y las instituciones profundizaban su crisis financiera y asistencial. Desde el año 2005, la política sistemática significó la reducción de todas las barreras de acceso a la atención, especialmente las económicas, que son las más injustas de todas.

Nuestra política ha sido la siguiente. El artículo 19 de la Ley n.º 18.211 de 2008 establece: "El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población". Es así que las órdenes a consultorio de medicina general, pediatría y ginecología tienen un máximo de $ 68, IVA incluido. Por otro lado, están exonerados del cobro de tasas moderadoras los siguientes medicamentos: insulina cristalina, insulina NPH humana, clorpropamida, glibenclamida, gliclazida, metformina, glimepirida y glucagón. Y se accede a un paquete de al menos 25 tirillas para el control de glicemia por el valor de un tique de medicamento cada vez que sea requerido. Asimismo, se dispone que los tiques de los antihipertensivos no podrán ser superiores a $ 75, lo que incluye timbre profesional e IVA. El tique correspondiente a los siguientes medicamentos antihipertensivos: valsartán, amlodipina, hidroclorotiazida y enalapril, es decir, los de uso más frecuente, también quedan exonerados del pago de tasas moderadoras, así como los siguientes medicamentos sicofármacos: haloperidol, decanoato, pipotiazina, debiéndose abonar únicamente el timbre profesional correspondiente, que es de $ 17.

Por otro lado, las prestaciones en salud mental, Modo I, de atención grupal, son gratuitas. El Modo 2, que corresponde a la atención sicoterápica individual, de pareja, familiar o grupal, tiene un costo de $ 205, IVA incluido. Y el Modo 3, que corresponde al comité de recepción y entrevista con coordinador, tiene un costo de $ 66, IVA incluido.

Asimismo, todas mujeres con embarazos de bajo riesgo quedan exoneradas del pago de la tasa moderadora en cuanto a las rutinas, más las tres ecografías obstétricas. Las adolescentes menores de 18 años que

estén cursando un embarazo normal, también tienen derecho a los siguientes controles gratuitos: controles mensuales hasta la semana 32, controles quincenales hasta la semana 36 y semanales hasta el parto.

En los paquetes de educación sexual y reproductiva se otorgan trece vales para métodos anticonceptivos hormonales por año y el tique correspondiente a cada vale no puede superar el valor de $ 45, timbre e impuesto incluidos. Se conceden además tres órdenes anuales para anticoncepción de emergencia y el tique correspondiente a cada vale no puede superar el valor de $ 45, timbre e impuesto incluidos. A su vez, se dan doce vales anuales para quince condones masculinos cada uno, 180 en total, y el tique correspondiente a cada vale no puede superar el valor de $ 27, con timbre e impuesto incluidos.

Para la ligadura de trompas y la vasectomía –previo consentimiento informado del paciente–, solo es necesario abonar el correspondiente timbre profesional. Para la colocación del DIU –prestación obligatoria, a partir del Decreto 292 del año 2012, en todos los programas integrales de salud y catálogo de prestaciones–, no se cobra tasa moderadora, aunque la consulta ginecológica sí puede tener costo. Cuando los DIU son aportados por el Ministerio de Salud Pública, la usuaria no deberá abonar nada.

Tal como ya explicamos, para hacer efectivas las metas asistenciales, los prestadores privados deben brindar controles integrales gratuitos a niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años inclusive. Los adultos, entre 45 y 64 años tienen derecho a control preventivo cada dos años. El control incluye –en el caso que no esté vigente– estudios de glicemia, colesterolemia, fecatest, sin costo de tiques. Los adultos mayores de 65 años tienen derecho a recibir el carné del adulto mayor. Los adultos mayores entre 65 y 74 años tienen derecho a un control anual gratuito, mientras que los adultos mayores de 75 años tienen derecho a realizarse dos controles preventivos anuales gratuitos. Los jubilados amparados por el Fonasa tienen derecho a tres órdenes para consulta médica, dos a consultorio y una a domicilio, dos medio tique de medicamentos o análisis clínicos mensuales y acumulables por doce meses. Tienen una rutina básica semestral, un electrocardiograma anual y una radiografía anual, debiendo abonar solamente el timbre profesional. Esta disposición no aplica a los contratos celebrados con los seguros integrales y con ASSE.

La primera consulta de medicina general o ginecológica para el caso de interrupción voluntaria del embarazo tiene un precio topeado. Las órdenes de paraclínica son gratuitas; solamente se pagan los tiques. La segunda consulta con el equipo interdisciplinario también es gratuita; solamente se abonan los timbres. En la tercera consulta ginecológica se paga una orden de consulta topeada. Los medicamentos se entregan a cambio del pago de un tique.

Con relación al contrato de gestión, cabe señalar que existe una cláusula que permite continuar con el proceso de rebaja de tasas moderadoras sin compensación para el prestador. ¿Cuáles son? Hasta $ 600, se ajustan por paramétrica; entre $ 600 y $ 800, se ajustan por un 75 % de la paramétrica; y por encima de $ 800, no se ajustan o se topean, es decir, se congelan.

Quisiéramos hacer un anuncio sobre un decreto que está a estudio: se trata de la fijación de un máximo de $ 1.000 la tasa, como precio base sin IVA ni timbre profesional, lo que implica que aquellas tasas cuyo valor base sea superior a $ 1.000 deberán ser rebajadas hasta dicho monto.

Por otra parte el Papanicolaou, tema que ya señalamos, es absolutamente gratuito, sin límite de edad y con la frecuencia necesaria. También existe regulación en la entrega de antibióticos, con la obligación de dispensar el tratamiento recetado completo con el pago de un tique de medicamento. En la actualidad se estima que se pagan aproximadamente entre dos y tres tiques para completar un tratamiento.

En cuanto a los tiempos de espera, en el marco de la reforma del sistema sanitario se han elaborado diferentes instrumentos para mejorar la accesibilidad de los usuarios y promover cambios en los modelos de atención y gestión. Previo al año 2005, los servicios de salud estaban estructurados desde la oferta, no desde la demanda, y menos aún desde la necesidad de los usuarios. Esto significaba que los usuarios solo podían acceder al servicio en el lugar donde este estuviera y en el horario que se estableciera; los recursos humanos y materiales estaban estructurados de esa forma en cantidad, calidad y distribución, es decir insuficientes en todo sentido. Por consiguiente, en este momento estamos hablando de una mejora en la accesibilidad. El problema de los tiempos de espera lo reconocimos como tal y se comenzó a atacar a partir del año 2007; previamente no existía ninguna normativa al respecto.

Para mejorar los recursos materiales se ha establecido la sobrecuota de inversión votada en la Ley n.º 18.922.

Para mejorar la disponibilidad de recursos humanos, entre otras estrategias, en diciembre del año 2012, con la presencia del señor Presidente de la República, se firmó un histórico acuerdo entre el Sindicato Médico, ASSE, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el Ministerio de Economía y Finanzas, mediante el cual se inició el proceso

de reforma del modelo de trabajo médico, reformando un laudo que tenía 40 años. En esta reforma se apunta a disminuir el multiempleo, con cargos de alta dedicación para los médicos, mejor remuneración, más dedicación a la población de usuarios asignados, lo que permitirá disponer de más y mejor atención de su médico de referencia. Nos proponemos abordar el problema y estamos trabajando en ello. En una primera etapa se han abierto las listas de espera para acceder a las consultas, esto se está analizando y discutiendo y luego se seguirán otras etapas para hacer un correcto seguimiento de los tiempos de espera en la consulta externa. Es necesario establecer los siguientes requerimientos a los prestadores integrales: un registro de la fecha en que el usuario contacta el sistema de citas por primera vez, la fecha en que el usuario acudió a la cita, e informes de monitoreo de los tiempos de espera. O sea, al 31 de diciembre de 2013 el sistema estará en funcionamiento en todas las instituciones y para todas las especialidades.

Por lo tanto, señor Presidente, para finalizar quiero decir que nuestro sistema de salud tiene resultados considerables en cuanto al impacto en salud; no solo mejoraron los resultados en el área materno infantil y en las enfermedades crónicas no trasmisibles, sino que también mejoró la situación financiera del sector, que se estabilizó. Hay confianza en el sector de la salud; se continúa avanzando en accesibilidad, no exclusivamente a través del aumento de cobertura por Fonasa, sino también rebajando las tasas moderadoras, que sabemos representan un impedimento para muchas personas, aun con las rebajas que ya hemos logrado. También se han implementado beneficios y exoneraciones para la mejora de estas accesibilidades.

Señor Presidente: la reforma de la salud beneficia no solo a los prestadores –la situación económica da cuenta de que los benefició–, sino a los usuarios y a los trabajadores.

Reitero que es un orgullo para mí ser la Ministra a cargo de este Sistema Nacional Integrado de Salud.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Según lo que he entendido, los oradores que tienen derecho a tiempo libre pueden hablar más de una vez, y lo mejor sería que lo hicieran al final.

SEÑOR SOLARI.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR SOLARI.- Señor Presidente: al inicio de la sesión entendí –creo que así lo expresó el Senador Astori, Presidente en ese momento– que el orden era el siguiente: hablaba yo como convocante…

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- El Secretario del Senado me acota que el acuerdo fue que hablaba el Senador Solari, después la Ministra y luego el Senador Solari podía hablar nuevamente. Así que, en realidad, estoy interrumpiendo al señor Senador Solari para darle el uso de la palabra, si así lo desea.

Tiene la palabra el señor Senador Solari.

SEÑOR SOLARI.- Señor Presidente: antes que nada, quiero agradecer tanto a la señora Ministra como a la señora Presidenta de ASSE las respuestas que han dado a las interrogantes que planteé. Obviamente, como en tantos órdenes de la vida, puede haber visiones distintas de un mismo hecho, que pueden ser legítimas para quien las expresa. Aquí no estoy cuestionando la honestidad ni la buena voluntad de las dos personas que acabo de nombrar.

De todos modos quiero decir que, particularmente en la información que proporcionó la señora Ministra, hay algunos datos que son enormemente preocupantes que tienen que hacernos reflexionar a todos, particularmente a la jerarquía ministerial en cuanto a la evolución de la salud infantil.

(Ocupa la Presidencia el señor Luis Rosadilla).

–La salud infantil, en su expresión más gruesa y bruta, está reflejada a través de la tasa de mortalidad infantil que se calcula como la cantidad de muertes ocurridas en el primer año de vida, dividida por la cantidad de nacimientos ocurridos durante ese año. Esa tasa de mortalidad infantil, como bien dijo la señora Ministra, que refleja una política de Estado, ha venido disminuyendo desde los primeros trabajos del Centro de Investigación y Desarrollo, en 1963, hasta la fecha, salvo algunos períodos concretos en que ha aumentado.

La señora Ministra se refirió a la tasa de mortalidad infantil en uno de sus *slides* y, a ese respecto, debo decir que los valores que yo he podido tomar son los correspondientes a los años 2008, 2009, 2010, 2011 y 2012. Aclaro que me estoy refiriendo a la tasa global de mortalidad infantil, y no a aquella que excluye las muertes ocurridas en niños con un peso menor a 500 gramos. La tasa global, para la cual tenemos datos históricos comparativos, en 2008 fue de 10,6 por mil; bajó en 2009 a 9,6 por mil; bajó nuevamente en 2010 a 7,7 por mil; subió en 2011 a 8,9 por mil; y subió nuevamente en 2012 a 9,3 por mil. Este es un dato nuevo, pues no estaba disponible hasta el día de hoy. Con respecto a si el denominador es de 49.500 nacimientos, como consta en mi información que proviene de una fuente muy fidedigna, o es de 48.450, obviamente puede hacer variar el valor de esta cifra, pero la tendencia no va a variar. La tendencia es que aquello que venía mejorando hasta el

año 2010, ahora viene empeorando. Repito, la tasa pasó de 7,7 a 8,9 en 2011 y a 9,3, en 2012. Y aun observando solamente la tasa ajustada, es decir, excluyendo a los niños de menos de 500 gramos –que supongo que se excluyen de ambos lados, o sea, del numerador, que son las muertes, y del denominador, que son los nacimientos–, vemos que en el año 2011 fue de 8,7 y para el año 2012 fue de 8,6, por lo que prácticamente no tuvo variación. Quiere decir que la tasa de mortalidad infantil nos está diciendo a las claras que la salud infantil no está mejorando, pese a la mejora de la situación económica del país; algo está funcionando mal. Prueba de ello –tengo alguna evidencia en un trabajo que hizo el propio Ministerio de Salud Pública– es el aumento de la tasa de muertes en los primeros 28 días de vida. Esto se diferencia de un pico de aumento que ocurrió en 2007 con respecto a 2006, referido a muertes que habían sucedido después del primer mes de vida. Ahora me estoy refiriendo al aumento de las muertes en las primeras cuatro semanas de vida, que se debe a un deterioro del funcionamiento de los servicios, y no a un deterioro de la situación socioeconómica. De manera que hablemos de impactos y de resultados, pero ¿habrá impactos buenos, por ejemplo, en mortalidad materna? Yo soy el primero en alegrarme cuando suceden cosas buenas; fui el primero en felicitar al Presidente Vázquez cuando suprimió la propaganda del tabaco y prohibió fumar en lugares públicos, es decir que no me duelen prendas en ese sentido porque mi interés en este tema es sanitario. Pero sucede que acá tenemos una intensa luz amarilla que se está prendiendo y que nos tiene que hacer reflexionar sobre qué está pasando en los servicios de salud porque, a pesar de todos los protocolos, a pesar de todas las guías, a pesar de todos los comités de seguridad del paciente, a pesar de los demás elementos o herramientas que se han expuesto –y que yo no cuestiono–, el resultado crudo es este: la mortalidad infantil está aumentando, y no debería aumentar porque tenemos mejor situación económica y mayor cantidad de recursos económicos volcados a los servicios de salud.

Esa es, señor Presidente, una de las primeras reflexiones que yo quería hacer con respecto a las exposiciones efectuadas por la señora Ministra y por la señora Presidenta de ASSE.

No quiero entrar al tema de la situación económica de las instituciones de asistencia médica colectiva porque no es el motivo central de este debate y, además, cuando estamos hablando de la salud de madres y de niños, el tema de la problemática financiera de las mutualistas no es lo más importante; pero sí discrepo fuertemente con datos del propio Ministerio con respecto a la afirmación de que la situación financiera del mutualismo esté mejorando. Acá tengo los datos hasta el año 2012 de los déficits operativos de las instituciones del interior agrupadas, de las instituciones de Montevideo agrupadas por su lado y del total de las instituciones del país. La evolución de los últimos cuatro años es la siguiente: en el año 2008 hubo un superávit del 1,35 %; en el año 2009 ese superávit se redujo a 0,31 %; en el año 2010, el superávit disminuyó a 0, 02 %, es decir que prácticamente no hubo superávit pero tampoco hubo déficit; en el año 2011 el resultado fue negativo de 0,68 %, o sea que se gastó más de lo que se recaudó por distintas vías; y en el año 2012 nuevamente vuelve a desmejorar, pasando a -0,88 %. Obviamente, hay una diferencia muy importante entre el resultado de las instituciones del interior –que se deterioran pero en menor medida, y donde el punto de partida es más alto– y las instituciones de Montevideo, que en todo el período tuvieron resultados operativos negativos y que en 2012 fueron del 2 %.

Señor Presidente: esta no es una situación que se esté compensando o equilibrando; tenemos una tasa de empleo alta, una tasa de desempleo muy baja –y por lo tanto, con buena capacidad para captar afiliados a través del Fonasa–, todo el sistema va funcionando, pero los resultados económicos se van deteriorando. De manera que no es que el vaso esté totalmente vacío y tampoco está totalmente lleno, pero seguramente se está vaciando y eso es una cosa muy preocupante. Aun más alarmantes son las tasas de cumplimiento o de incumplimiento de las metas prestacionales establecidas por el propio Ministerio de Salud Pública con respecto a los distintos efectores, tanto a los públicos como a los privados. Esto está elaborado en base a datos de la DGSNIS del Ministerio de Salud Pública y publicados en su página web en febrero de este año, como información que se brinda a la población a los efectos de que esta pueda, mejor informada, tomar decisiones sobre la apertura del corralito mutual.

La cantidad de niños de un año correctamente controlados en instituciones de asistencia médica colectiva de todo el país es del 92 %. El porcentaje de niños bien controlados en la población de ASSE en todo el país es del 60 %. También puede ser que esta cifra sea un vaso medio vacío o medio lleno, pero ciertamente hay una diferencia muy importante en contra de la calidad de las prestaciones que está brindando ASSE con respecto a los controles de los niños menores de un año.

El porcentaje de embarazadas adecuadamente controladas en mutualistas de todo el país es del 98 %; pacientes embarazadas que se atienden en ASSE, 58 %. No podemos decir que se brinda la misma atención. Puede ser que la atención se esté mejorando y no digo que no sea así, pero ciertamente todavía estamos muy lejos de brindar una misma atención a quienes se asisten por el Fonasa en el sector privado –y tienen que pagar cuotas, tiques y tasas moderadoras– que

a quienes se asisten en el sector público. Lo mismo sucede con otros indicadores que señalan diferencias muy pero muy importantes.

La señora Ministra hace hincapié en que esta reforma es muy nueva. Fue instrumentada progresivamente entre los años 2007 y 2008, de manera que tiene cinco años plenos de funcionamiento y ella considera, desde su punto de vista, que es una reforma que está en la primera infancia. Cualquiera que haya tenido oportunidad de ver reformas bien diseñadas sabe que en cinco años el sistema tiene que estar estabilizado. Me refiero a reformas bien diseñadas. ¿Cuál fue el problema del diseño de esta reforma? El problema es que se cambió el financiamiento, se cambiaron las reglas de juego, pero no se hizo el ejercicio previo de ver cómo iba a responder el usuario; entonces encontramos una cantidad de gente que pasó de ASSE a varias mutualistas saturándolas y, a la vez, ASSE vio disminuida la cantidad de población que debía atender, pese a lo cual logró un aumento muy importante en su presupuesto, como bien dijo la señora Presidenta de ASSE. Sin embargo, cuando ocurren esas transferencias tan significativas de población, –estamos hablando de 350.000 usuarios que pasaron de una parte del sistema a otra– si la otra parte no está adecuadamente preparada desde el punto de vista de su infraestructura, desde el punto de vista de la capacitación y contratación del personal y desde el punto de vista de los procedimientos de gestión, vamos a encontrar dificultades de implementación. En ese caso no importa que la reforma tenga cinco, diez o quince años, porque esos problemas van a seguir existiendo debido a que fue diseñada al revés: primero se cambió el sistema de financiamiento y después se cambió o se trató de cambiar el modelo de atención y de adecuar la capacidad instalada para ese modelo de atención, y el resultado es lo que tenemos; el resultado es un mal resultado, son tiempos de espera y tiques y órdenes altos. La señora Ministra tiene toda la buena intención de reducirlos y yo sin ninguna duda la apoyo en eso, pero también tenemos que una reducción muy importante en el valor de los tiques y de las órdenes va a tener que ser compensada a través de la cuota salud, porque acá no hay nada que se pueda brindar en forma gratuita. De manera que si queremos salvar o recuperar la buena situación financiera de las instituciones y queremos reducir las tasas, los tiques, etcétera –cosa con la que estoy de acuerdo– que restringen el acceso al servicio en el momento en que se necesita, el Fonasa va a tener que hacer un esfuerzo adicional.

(Ocupa la Presidencia el señor Ernesto Agazzi).

–La señora Ministra hizo referencia profusa a distintas herramientas para la mejora de la seguridad del paciente, para el mejor funcionamiento de los servicios; inclusive, hizo caudal de que esto no se hacía antes del 2005 y que se está haciendo ahora. En otras referencias dijo que veníamos de una política de Estado y todo eso está muy bien, me parece muy loable y ojalá el país obtenga los mejores resultados. Sin embargo, si continúan ocurriendo casos como los que presenté, de óbitos fetales y de muertes maternas claramente evitables –no se necesita ningún instrumento de evento centinela para saber que la mujer de Paso de los Toros no tenía que morir y que el óbito fetal que ocurrió el 2 de junio no debería haber sucedido, etcétera–, todos estos instrumentos no nos van a permitir compensar una situación que se descompensa no porque no los tengamos sino porque las unidades ejecutoras no funcionan como deberían. Lo que más me llama la atención de las dos presentaciones es que salvo una brevísima referencia de la Presidenta de ASSE a que en el Directorio no había ningún acuerdo de unanimidad, no escuché ninguna otra referencia a que en los establecimientos y en los servicios no mandaran los delegados gremiales y sí sus autoridades naturales.

SEÑOR PASQUET.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR SOLARI.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Puede interrumpir el señor Senador Pasquet.

SEÑOR PASQUET.- Señor Presidente: vengo siguiendo con la atención que corresponde la estupenda exposición del señor Senador Solari, que ha sido muy sólida y precisa. Naturalmente, en este campo al que se está refiriendo no puedo aportar nada de mi cosecha pero creo que es oportuno compartir con el Senado algunas informaciones y elementos de juicio que han llegado muy recientemente, en los últimos veinte días, a la Comisión de Asuntos Laborales y Seguridad Social de este Cuerpo, la que, además, integro.

El pasado 13 de junio recibimos en esa Comisión a un grupo de representantes de la Asociación de Trabajadores de la Seguridad Social, que se desempeñan en áreas de trabajo que tienen que ver con la prestación de servicios de salud por parte del Banco de Previsión Social. Me parece oportuno hacer esta referencia porque hace algunos minutos el señor Senador Solari hablaba de los problemas de diseño que tiene la reforma de la salud y a ese respecto cabe señalar la situación que plantean estos trabajadores. De lo que expresan resulta que hasta ahora no se ha logrado integrar cabal y eficazmente los servicios de salud que sigue prestando el Banco de Previsión Social en el esquema general del Servicio Nacional Integrado de Salud.

La señora Ministra hizo alguna referencia a esto en términos positivos, en el sentido de que se había logrado esa integración y que había una red de prestadores públicos debidamente encastrada –creo que utilizó esta palabra–, pero estos trabajadores que visitaron la Comisión de Asuntos Laborales dijeron otra cosa. Algunos de ellos se desempeñan en el Sanatorio Canzani del Banco de Previsión Social, institución que según afirmaron fue la segunda Maternidad del país, luego de la del Hospital Pereira Rossell. Se nos informó que este sanatorio llegó a atender 2.750 partos en el 2007 y, sin embargo, para este año tienen proyectado atender solamente 613.

Voy a leer la versión taquigráfica de esa sesión donde uno de estos trabajadores, la señora Rodríguez, dijo: «Nosotros no entramos en el plan del Fonasa. Tenemos un sanatorio totalmente armado, con guardias las veinticuatro horas, los siete días de la semana; tenemos anestesista y trabajamos dos pediatras neonatólogos por guardia, dos parteras y dos ginecólogos. Hoy contaba a mis compañeros que el martes estuve veinticuatro horas de guardia e hicimos una cesárea de coordinación. Tenemos los médicos, todo el personal de cocina, personal de limpieza, *block* quirúrgico y enfermería en la *nursery*. Fuimos la segunda Maternidad del país y digo “fuimos” porque en veinticuatro horas solo tuvimos una cesárea». Uno puede pensar que aunque el Sanatorio Canzani atienda solo una cesárea en veinticuatro horas, habrá mecanismos o dispositivos administrativos por los cuales se reciban allí situaciones que se deriven de otros centros hospitalarios del sector público. Sin embargo, esta misma señora dice más adelante: “Este fin de semana había un solo ginecólogo en el Pereira Rossell y en el Canzani había un equipo completo. Llamaron por teléfono y en el Canzani dijeron que no, porque ASSE le debe muchísima plata al sanatorio por servicios que se han brindado y nunca se han pagado. Esa es la realidad”.

Ese es uno de los aspectos del problema pero estos trabajadores del BPS hacían referencia a otro aspecto, lo que tiene que ver con el Departamento de Enfermedades Congénitas. A este respecto, otro trabajador de la seguridad social dijo: “el BPS ha definido atender solo seis patologías, como patologías de punta. Nosotros ahora tenemos una población de alrededor de 18.000 pacientes –esta era, por lo menos, la población estable– y las seis patologías hoy representan a 1.000 pacientes captados”. Luego agrega: “Entonces, hay una cantidad de patologías que van quedando afuera y por las que las personas afectadas deben recurrir a su prestador integral de salud. Esto presenta un problema y es que el Banco de Previsión Social no solamente brindaba la asistencia sino también todas las condiciones para la accesibilidad al servicio, como decía Bertoni. No basta con que se tenga un especialista en Montevideo –como hacen muchas de las mutualistas del interior– para que atienda a estos pacientes”.

(Suena el timbre indicador de tiempo).

SEÑOR SOLARI.- Concedo una nueva interrupción al señor Senador Pasquet.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Puede continuar el señor Senador Pasquet.

SEÑOR PASQUET.- Agradezco al señor Senador Solari.

Como decía, este funcionario señalaba: “En estos casos se cuenta con la cobertura; cuando se le pregunta a los pacientes si tienen cobertura por parte de su prestador contestan que sí, pero tienen que recorrer, por ejemplo, 500 kilómetros para que se les brinde ese servicio. Consideramos que hay que generar las condiciones de accesibilidad al servicio y el Banco de Previsión Social brinda la asistencia y la accesibilidad porque paga el transporte y el alojamiento, y ofrece condiciones para ello”.

Quiere decir que, por un lado, tenemos el Sanatorio Canzani que fue punta en su época, segunda Maternidad del país y que hoy tiene capacidad ociosa y subutilizada, cuando hay tantas situaciones que demandan una asistencia como la que esta institución podría prestar; y, por otro, en el ámbito de las enfermedades congénitas se da toda una gama de situaciones que, a tenor de lo que acabo de leer, no están recibiendo la atención que podrían tener si se utilizaran cabalmente servicios que ya existen y que el BPS ha instalado hace muchos años, que ha fortalecido y que le permite contar con una gran experiencia y un equipo médico adecuado para enfrentar estas situaciones. Sin embargo, por lo que ha sido el diseño de la reforma, han quedado al costado del camino y dan lugar a estas situaciones que vinieron a plantear estos trabajadores de la seguridad social a la Comisión de Asuntos Laborales del Senado.

Muchas gracias, señor Senador.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Puede continuar el señor Senador Solari.

SEÑOR SOLARI.- Señor Presidente: voy a ser muy breve porque esta sesión ya lleva unas cuantas horas y obviamente el resto de los integrantes del Cuerpo tendrá intenciones de manifestarse, por lo que entiendo que deben tener la oportunidad de hacerlo.

Simplemente, voy a concluir estas breves referencias mencionando un tema de fondo. ¿Cuál es el rol del representante de los usuarios y del representan-

te de los trabajadores en la gestión de los servicios de salud? Creo que ese es un tema muy profundo. Cuando el anterior Ministro de Salud Pública, doctor Venegas, y el señor Presidente de la República firmaron un Decreto para que un representante de los usuarios integrara en forma obligatoria el Directorio de las Cooperativas Médicas, la FEMI lo rechazó muy fuertemente. A mí no me extrañaría que en ese sentimiento de la FEMI hubiera influido la experiencia que ha habido en torno a ASSE. ¿Por qué? Porque la gestión de un servicio de salud, de un hospital, requiere en la cabeza personal muy preparado, muy especializado. No debe haber un servicio que sea tan complejo de administrar como este, donde hay que gerenciar recursos humanos de distinta especialidad, de distinto calibre; donde hay que gerenciar materiales de uso médico, también de distinto valor y que tienen que estar disponibles en el momento adecuado y en la calidad adecuada; donde hay que gerenciar recursos financieros, porque tanto el personal como los materiales hay que pagarlos; donde hay que hacer ejercicios de planificación de cara al futuro, de acuerdo con la forma en que van evolucionando las cosas. Es imposible pensar que simplemente una policlínica medianamente compleja –olvidémonos de un establecimiento de hospitalización– pueda ser administrada adecuadamente por gente que no está especializada en el tema. En el año 2010, cuando tuvimos aquella sesión a que hacía referencia, convocada por el señor Senador Moreira y por quien habla, ese fue uno de los cuestionamientos principales que hicimos. Se están sustituyendo autoridades capacitadas por gente que no lo está para dirigir servicios de tal entidad. En algunos casos eran choferes; en otros, personal administrativo y, en otros, auxiliares de enfermería. No es que yo tenga mala opinión de ellos; pueden ser excelentísimas personas, enormemente inteligentes y tener buena voluntad, pero no tienen la preparación necesaria como para administrar un servicio tan complejo. Las consecuencias son las que vemos: el desdibujamiento del disciplinamiento interno, que hace que una jefa de servicio diga: "Acá nosotros estamos de más porque no nos respaldan ni de la Dirección del hospital ni de la Dirección de ASSE. Acá manda el gremio y la corporación médica y, prácticamente, cada uno hace lo que quiere".

Entonces, señor Presidente, ese tema, que para mí es uno de los centrales de esta convocatoria –me refiero al estado de situación y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud–, es de fondo.

En lo que respecta a esa brevísima referencia de la Presidenta del Directorio de ASSE, en la que expresó que no hay ningún acuerdo para que exista unanimidad, creo que lo que quiso decir realmente –aclaro que es lo que pienso, pero tal vez es un atrevimiento de mi parte atribuirle intenciones que ella no tiene– fue que no había ningún acuerdo con el representante de los trabajadores para encubrir o no las cosas que él sugiriera o decidiera. En los hechos, en los servicios en sí, eso no funciona. Entonces, acá tenemos que revisar el diseño del Sistema Nacional Integrado de Salud, porque le estamos poniendo una pirámide en el camino para que no pueda funcionar. No importa la cantidad de fuerza y de plata que pongamos atrás, pues le estamos poniendo una piedra tan enorme que, básicamente, va a hacer que en esto, por más que se tengan las mejores intenciones, el país fracase.

No dudo de las buenas intenciones de la señora Ministra ni de la Presidenta del Directorio de ASSE, ni del doctor Soto, pero los estamos poniendo en condiciones en las que, necesariamente, van a fracasar, y no quiero verlos fracasar. Con la doctora Beatriz Silva tengo una relación de muchísimos años; fui yo, como Ministro, quien la nombró en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, y siempre digo públicamente que es una buena técnica y una mejor persona, y no quiero verla fracasar por ellos. Además, el pueblo uruguayo no se merece ese fracaso, y esa es la discusión de fondo que queremos dar. ¿Vamos a ser rehenes de la Federación de Funcionarios de Salud Pública de hoy, o no? ¿Vamos a ser rehenes de los movimientos de usuarios de hoy, que están digitados políticamente, o no? ¿Vamos a poner personas capacitadas y responsables para dirigir los servicios, o no? Si la respuesta es no, señor Presidente, podemos terminar acá la sesión y olvidarnos de los servicios de salud, pero vamos a ir de mal en peor de aquí en adelante.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Ha terminado la exposición del señor Senador Solari en lo que podríamos llamar una segunda ronda. No sé si la señora Ministra o alguno de sus asesores desea hacer uso de la palabra; de lo contrario, por una razón de economía de tiempo, dejaríamos esa instancia para la intervención final, y en ese caso le estaríamos dando la palabra al señor Senador Gallo Imperiale para referirse al tema.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Cuando el señor Senador Solari comenzó su presentación al inicio de la sesión, realizó una afirmación que, realmente, nosotros compartimos. En su momento, este Senado votó por unanimidad la posibilidad de que las jerarquías del Ministerio de Salud Pública vinieran a dar explicaciones sobre ciertos puntos y sucesos, para luego, en función de esas explicaciones, profundizar en el tema de la reforma de la salud. Estuvimos de acuerdo y creo que tenemos una gran oportunidad para analizar estos temas.

También en esa introducción el señor Senador Solari señaló que lo hacía con ánimo constructivo, y no

tengo ninguna duda de que eso pueda ser así. Pero creo que los hechos y los dichos han abonado, en algunas circunstancias, a que en definitiva se tienda a pensar, para quien entiende mal, que eso no es así: que este Sistema Nacional integrado de Salud al doctor Solari no lo convence; que no lo quiere e intenta, en todo su derecho, argumentar para que se tome una decisión a esos efectos.

El señor Senador Solari también empezó hablando del deterioro progresivo y rápido del Sistema, e hizo otra afirmación: que la visión de la ciudadanía, en forma generalizada, indicaba que esta estaba en contra del Sistema. Entonces, tengo que empezar esta disertación respondiéndole que está equivocado; lo está en el sentido de creer que la ciudadanía no ha aceptado la reforma de la salud. La señora Ministra hacía referencia a algunas encuestas de opinión. Existen encuestas de opinión con respecto a si la ciudadanía acepta o no, en definitiva, el Sistema; por ejemplo, hubo una realizada en el mes de diciembre del 2011 por la empresa Equipos Mori.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Le voy a solicitar, señor Senador, una pequeña colaboración a los efectos de que se escuche mejor su intervención, porque a algunos lugares de la Sala no llega su palabra.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Decía que en referencia a si la sociedad ha aceptado o no esta reforma de la salud que hemos estado implementando desde hace cinco años, se han realizado encuestas serias. Por ejemplo, en el año 2011 la empresa Equipos Mori hizo una consulta a la sociedad con respecto a este tema y encontró que el 59 % de la población evaluaba la reforma como muy buena o buena para el país, mientras el 39 % opinó que mejoró la atención de la salud que recibió en los últimos cinco años. Solo un 19 % dijo que empeoró; supongo que en ese 19 %, si fue encuestado, estaba incluido el señor Senador Solari. Pero en definitiva la sociedad en su conjunto tiene la percepción de que la salud está mejor en este país. Y no es muy difícil para la sociedad darse cuenta de esto después de la reforma que se hizo.

Vayamos al punto de partida y recordemos cuál era la situación de la salud en este país en el año 2004. ¿Era crítica o no era crítica? ¿En qué condiciones estaba el sector público? ¿Había habido preocupación por parte de los diferentes Gobiernos por fortalecer el sector público? No, la política era otra: era deteriorar el sector público para pasar la asistencia al sector privado, y esto dio lugar a que los presupuestos de ASSE fueran absolutamente magros. Los sueldos que se pagaban eran muy bajos y las infraestructuras y los servicios eran malos. Todos los días teníamos quejas con respecto a que los servicios no funcionaban, a que no había medicamentos, etcétera. Esa era la situación. Y lo cierto es que la realidad ha cambiado poco tiempo después, porque esta es una reforma que se está iniciando, y este tipo de reformas en el mundo requieren más de cinco años. Personalmente le escuché decir en algún momento al señor Senador Solari –creo que lo tengo escrito– que a veces había que esperar hasta diez años para hacer este tipo de reformas, y yo también lo creo. Esta es una reforma que está empezando y, a pesar de esto, la sociedad se da cuenta de que estamos transitando por servicios de salud mejores. ¿Cuál era la situación en el año 2004? Decenas de mutualistas se habían fundido y miles de trabajadores de la salud habían quedado sin empleo. Entonces, es lógico que la sociedad en su conjunto, a diferencia de lo que piensa el señor Senador Solari, vea que venimos avanzando y que los niveles de salud vienen mejorando.

Creo que esta reforma, que comenzó a instrumentarse en el período anterior, constituía una necesidad insoslayable que tenía la ciudadanía. Personalmente estoy muy orgulloso de haber intervenido, en primer lugar colaborando desde el punto de vista programático en su diseño. Y estoy muy orgulloso como médico de haber participado hasta determinado momento de este sistema. En definitiva, estoy muy orgulloso como médico y como Legislador de haber podido participar en la instrumentación de esta reforma, porque creo que era una absoluta necesidad. Pero estoy orgulloso también de los objetivos de este sistema de salud.

Nosotros somos miembros de la Comisión de Salud del Parlatino desde hace mucho tiempo, y desde hace dos años se vienen tratando allí sistemáticamente los temas de las reformas de salud en América Latina. Sobre esa base se elaboró un documento que viene a ser una especie de ley marco de salud, y allí quedaron plasmados los objetivos que la reforma del Uruguay estaba persiguiendo en la materia. Todos los países vieron esto con agrado y nos transmitieron su felicitación, porque en definitiva ellos consideraban que esos objetivos eran los que debía perseguir cada uno de sus países a los efectos de atacar la crisis que tenían: la universalidad, la integralidad, la accesibilidad, la oportunidad, la calidad de la asistencia; todos estos eran objetivos que intentamos plasmar en esta reforma.

El esfuerzo que viene realizando el país por sostener este proceso de cambios, que fue iniciado en el período anterior, tiene como justificación resolver la brutal crisis que la salud tenía antes del año 2004. Y es correcto, porque avanza en objetivos generales de un diseño que realmente no puede ser discutido. La idea, en el caso de nuestro país, era construir un sistema teniendo en cuenta los subsistemas que existían, con el objetivo de integrarlos y actuar en complementariedad y coordinación. En función de esto, se apuntó a diseñar cambios en la gestión y el financiamiento.

Estos son objetivos que venimos consiguiendo y, en definitiva, desde nuestro punto de vista, vamos avanzando en ese camino, a pesar de las dificultades que puede haber. No olvidemos que los avances más o menos rápidos de este tipo de reformas están condicionados por determinados factores.

El señor Senador Solari planteaba, si no entendí mal, que debíamos tener determinadas condiciones para poder empezar, pero nosotros creemos que esas condiciones, aunque no eran el cien por ciento de las necesarias para que el sistema y el diseño se pusieran completamente en funcionamiento, ya existían.

La primera de esas condiciones eran los recursos humanos. Evidentemente, para el diseño asistencial, no eran los suficientes y, en función de esto, era lógico que cuando quisiéramos diseñar un modelo de cambio de atención y dimensionar una red asistencial en un primer nivel, con diferentes niveles técnico-profesionales, existiera un déficit. Pero también es cierto que empezamos a resolver esa dificultad y que, como esta reforma va avanzando y estamos trabajando en esa dirección, el condicionamiento de los recursos humanos, desde mi punto de vista, a corto y mediano plazo va a ser resuelto.

Había también otra condicionante para el avance de la reforma, que eran los recursos económico-financieros. El diseño de la reforma, desde el punto de vista del cambio del financiamiento, necesita de recursos financieros, que se van a ir incorporando al desarrollo definitivo del Fondo Nacional de Salud para que la cobertura sea universal. Por eso es que, con mucha prudencia, vamos incorporando recursos, presupuesto tras presupuesto, a los efectos de que se vaya consolidando definitivamente la universalidad.

Pero el avance de la reforma también tiene otras condicionantes, que tienen que ver con los intereses políticos y corporativos que, de alguna manera, se hacen notar en algún momento a los efectos de frenar su avance o hacerla fracasar. No estoy diciendo que esta instancia política apunte a eso, pero es lógico que al existir sectores políticos que no están de acuerdo con el Sistema Nacional Integrado de Salud, planteen dificultades y denuncias, aun sin fundamento, así como también que los actores involucrados en la salud puedan crear conflictos, a los efectos de querer demostrar que el sistema no avanza.

Por lo tanto, señor Presidente, creemos que el cambio en el sector de la salud iniciado en el período de Gobierno anterior tiene su correcta justificación y debemos sostenerlo en el tiempo para lograr una mejora progresiva. Nadie discute que existen dificultades, pero tenemos que apuntar a mejorar, y las autoridades a cargo de la conducción de la reforma se están encargando de hacerlo.

Por otra parte, debemos seguir avanzando por lo menos en cuatro direcciones. Por un lado, desarrollando cada vez más el nivel de equidad; esta reforma apunta a la equidad en la financiación y en la posibilidad de que todo el mundo pueda acceder de la misma manera al sistema. Por otra parte, debemos avanzar en lo que es uno de los principales objetivos que debemos desarrollar: la coordinación y la complementación de los diferentes efectores. El sistema incluye prestadores públicos y privados que coordinando y complementando los servicios puedan extenderlos a toda la red asistencial, a los efectos de no superponer servicios y racionalizar. Venimos avanzando en ello y tenemos múltiples ejemplos al respecto. Creo que la propia señora Ministra de Salud Pública, y la Presidenta de ASSE, doctora Beatriz Silva, hicieron referencia a la complementación de los efectores. Considero que aún no es suficiente, pero vamos en camino de lograrlo.

¿En qué debemos seguir avanzando? A mi juicio, en el desempeño de las empresas, en la medida en que los prestadores tengan la fortaleza necesaria para brindar los servicios de salud de la forma más eficaz y eficiente posible. Creo que ha habido mejoras notorias en ASSE y que viene avanzando cada vez más, brindando mejor calidad en los servicios. ¡Por supuesto que hay situaciones particulares y puntuales! –y el señor Senador Solari ya se ha extendido a ese respecto–, ¡pero vamos a entendernos! ASSE tiene 1:200.000 usuarios, 25.000 funcionarios y atiende a 60.000 personas por día, por lo que es lógico pensar que pueda haber distorsiones puntuales en determinadas situaciones que debemos corregir, con las dificultades que ello signifique. Nadie ha dicho aquí que no debemos hacerlo. Creemos que hemos alcanzado un excelente nivel, pero tenemos que seguir trabajando en mejorar la calidad de la atención médica.

En una de sus intervenciones, el señor Senador Solari ha hecho referencia, fundamentalmente, a la mala praxis médica, y creo que ha sido más una acusación contra los médicos que contra el sistema. Por supuesto que en determinadas circunstancias se dan esas situaciones, pero eso no hace al sistema. Por más que el señor Senador nos haga llegar denuncias o ponga en nuestro conocimiento determinado número de óbitos fetales, hay que evaluar con relación a qué estamos hablando.

El señor Senador Solari ha sido Ministro de Salud Pública en dos oportunidades –de la coalición blanquicolorada en el Gobierno del doctor Lacalle Herrera y en el Gobierno del doctor Sanguinetti– y tuvo graves problemas. Recordemos aquella desgraciada situación de las denuncias por las muertes en el Hospital Musto debido al famoso tema del fallecimiento por hipotermia de varios pacientes.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Por favor, señor Senador, le solicito que se dirija a la Mesa y, en la medida de lo posible, evite los dialogados.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Discúlpeme, señor Presidente.

En aquel momento, estos siete u ocho casos fueron denunciados y cuestionados. Tan así fue que se interpeló al Ministro. ¿Este hecho caracterizaba al sistema? Bueno, ese es otro tema, pero considero que no debe desacreditarlo.

Desde nuestro punto de vista, todavía tenemos desafíos por delante que, en la medida en que empecemos a concretarlos, probablemente vayan aclarando o mejorando estas situaciones. El primer desafío que se nos presenta tiene que ver con la consolidación de la reforma sectorial, con la culminación del proceso de universalización de la cobertura y el financiamiento a través del Fonasa. En este momento, estamos cerca de los dos millones de usuarios y la meta es llegar a los dos millones y medio. Estamos trabajando para ello, pero aún no hemos logrado la universalización. Para conseguirlo, se requieren dos procesos simultáneos. Por un lado, incorporar al cronograma ya establecido buena parte de los adultos mayores que aún quedan y, por otro, a aquellas personas vinculadas a la actividad informal. En eso estamos, es decir que se trata de una etapa que ya está en desarrollo y su meta está fijada para el 2016.

El otro desafío tiene que ver con el reembolso a los efectores. Habrá que ir analizando los aportes y las cuotas salud con relación a los avances y las necesidades, adecuándolas a los efectos de que haya un equilibrio financiero del sistema. Creo que hasta ahora eso se ha tenido; los datos que ha dado el señor Senador Solari pueden preocupar en el sentido de que los superávits vienen disminuyendo en el sector privado, pero no estamos en una situación crítica, ni mucho menos, como estábamos en 2004; y, además, es corregible.

Otro desafío que tenemos es que todas estas políticas de salud que se están desarrollando –como los programas materno infantiles, en fin, el diseño que la señora Ministra nos ha hecho conocer– necesitan seguir funcionando en el ámbito de una política pública –diría– e interministerial. El avance de la reforma de la salud no solamente se da por las decisiones que tomemos en esa área, sino también por las políticas sociales que implementemos, donde hay responsabilidad de muchos Ministerios. Por ejemplo, en el gasto público social están incluidos los presupuestos de la ANEP, la UdelaR, el INAU, ASSE y Asignaciones Familiares. ¡Y vaya si venimos avanzando! ¡Vaya si venimos avanzando desde el año 2004, cuando el gasto público social era de $ 689:000.000! Ahora estamos en más de $ 2.000:000.000, y en lo que tiene que ver con ASSE, pasamos de $ 4.751:000.000 en 2004 a los $ 18.000:000.000 que actualmente tenemos. Ese es un desafío, pero tenemos que seguir avanzando y ese es un compromiso de todo el sector y de varios Ministerios.

También tenemos que seguir adelante estimulando eso de lo que hablamos hace un rato: la complementariedad entre los diferentes efectores. Por supuesto que van a mejorar los servicios, la calidad y la accesibilidad, en la medida en que podamos hacer que los prestadores, tanto públicos como privados, se complementen y se coordinen en todo el territorio nacional. Ese es otro desafío y otro compromiso que tenemos, y en eso estamos trabajando. ¡Vaya si estamos trabajando! De hecho, ya hay una larga lista de decisiones que se han tomado, como la puesta en marcha del plan estratégico de ASSE de 2012, que recién lleva unos meses de implementado y que apunta a resolver una cantidad de aspectos de avanzada que creo que en poco tiempo vamos a lograr. Repito: es un plan estratégico de 2012, por lo que recién lleva unos meses de implementación, pero su desarrollo y su diseño me garantizan que, en definitiva, si se conduce bien, vamos a tener resultados.

Con respecto al cuarto desafío que tenemos, creo que hay que jerarquizar dos componentes, y uno de ellos es el desarrollo de las metas asistenciales. El señor Senador Solari señaló que en esa materia todavía hay dificultades y que existe un desequilibrio entre el sector público y el privado –inclusive, dentro del propio sector público–; sin embargo, confirmando la importancia que tienen las metas asistenciales, me parece que, en definitiva, con su cumplimiento total se van a ir resolviendo los grandes problemas sanitarios a medida que vayamos aumentando las exigencias en el sistema por parte de la Junta Nacional de Salud. El otro componente es aquel al que recién me referí: el plan estratégico de ASSE, que debemos seguir mejorando.

El quinto desafío tiene que ver con los factores que producen el servicio asistencial propiamente dicho: el recurso humano y el recurso tecnológico. Sin ninguna duda, el avance y el éxito de la reforma están vinculados con estos dos factores, porque hacen fundamentalmente a la calidad del servicio que anhelamos prestar. En materia de recursos humanos, dado que se trata de un elemento que participa en forma decisiva en cualquier proceso de atención, su formación y lo que hace a la oferta y a la demanda constituyen procesos cruciales para el logro de los objetivos. Me refiero a la calidad, a la cantidad y a la clase de profesionales que se forman, así como al modelo en el que desempeñan su actividad. ¿Si se está trabajando en esto? Sí, se está trabajando en esto, se están formando nuevos profesionales en las áreas de la salud

que el sistema necesita, y ASSE está participando directamente porque en muchos casos esa formación se desarrolla y se ejecuta en sus dependencias. Esa es una realidad. Resulta evidente que tenemos que avanzar en este tema porque, a nuestro entender, la articulación entre la oferta y la demanda constituye un componente central en el ajuste del sistema.

Entonces, hay dos mecanismos que debemos priorizar a corto plazo en el trabajo que aún nos resta para poder consolidar definitivamente la reforma de la salud. Por un lado, el proceso presupuestal, o sea, los recursos; hay que otorgar recursos financieros para todos quienes forman recursos humanos, y hay que pensar en incorporar al Hospital de Clínicas al Sistema Nacional Integrado de Salud. Confieso que me dolió mucho lo que manifestó el señor Senador Solari en el sentido de que si él se tenía que operar, optaría por el sector público en todo su derecho, pero que no lo haría en el Hospital de Clínicas. Eso es desconocer lo que el Hospital de Clínicas ha significado para el país; ha sido una referencia obligada desde el punto de vista técnico, científico, de servicios, de calidad y de formación, es el lugar donde nos formamos muchísimos médicos y al que le tenemos un enorme respeto. Como médico, realmente me duele que un colega diga que no se operaría en el Hospital de Clínicas, pero esa es su opinión, así como yo estoy dando la mía con respecto al tema.

Por otro lado, creo que tenemos que avanzar en todo lo que tiene que ver con el estatuto único del trabajador de la salud; me parece que esa es una de las leyes que faltan. El diseño de la reforma de la salud se basó en cinco leyes: la primera fue la descentralización de ASSE; la segunda, la creación del Fonasa; la tercera, el Sistema Nacional Integrado de Salud; la cuarta, el derecho de los usuarios; y, a mi entender, debe haber una quinta ley que tenga que ver con el estatuto único de los trabajadores de la salud. El Sistema Nacional Integrado de Salud debe tener trabajadores unificados en cuanto a sus funciones y remuneraciones. Me parece que cuando lleguemos a ese objetivo vamos a poder decir que este Sistema es como el que nosotros planteamos.

A su vez, debemos evolucionar y progresar en el componente tecnológico, en la aplicación de procedimientos adecuados que fundamenten su incorporación, sustitución y desarrollo. También se está trabajando en ese sentido.

¿Qué quise decir con esto de que tenemos desafíos? Primero, que creo absolutamente en la reforma, que vino para quedarse y que no puede haber nadie que pueda pensar que se puede revertir. También quiero decir que es nuestro compromiso y nuestra obligación ir avanzando; sabemos las dificultades que se tienen y las correcciones que se deberían hacer, pero tenemos un objetivo muy claro: esta reforma de la salud llegó como una necesidad que la sociedad tenía. Así lo interpretamos y la incorporamos en nuestro programa de Gobierno. Entonces, como la ciudadanía nos dio la posibilidad de ser Gobierno –porque nos eligió–, la implementamos, pero ahora tenemos la obligación de seguir reafirmándola.

Estos son los conceptos que me merece, señor Presidente, esta instancia parlamentaria que creo es muy importante. Más allá de los temas muy puntuales que fueron planteados –que pueden ser discutibles o no–, las respuestas que se han dado –tanto por parte de la señora Ministra de Salud Pública como por la Presidenta de ASSE, doctora Beatriz Silva– han sido muy claras, contundentes y fundamentadas. Por ello, creo que esta instancia parlamentaria, frente a esas respuestas, cumplió el objetivo que tenía.

Muchas gracias, señor Presidente.

SEÑOR MOREIRA .- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR MOREIRA.- Señor Presidente: ya llevamos más de siete horas de debate; según creo, de un productivo debate. El señor Senador Solari ha hecho una extensa, pormenorizada y profunda exposición, transitando prácticamente por toda la realidad pública y privada del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Confieso que no soy ningún experto y no tengo idoneidad en este tema. Es más; de todos los oradores que han hecho uso de la palabra soy el único abogado; los demás son todos médicos y hablan con una propiedad de la que, naturalmente, yo carezco, pues no es mi formación. Pero el tema afecta a muchos uruguayos y tiene gran relevancia el rol que juega el Ministerio como órgano rector, articulador, que tiene a su cargo el contralor de todo el Sistema Nacional Integrado de Salud. Similar importancia tiene el rol que juega el prestador público, ASSE, que hoy –en el día del cumpleaños de su Presidenta, que ha festejado aquí, en una instancia polémica– tiene 1:264.000 afiliados. Por lo tanto, creo que es necesario detenernos a analizar todo lo que hace al cúmulo de situaciones particulares que ha puesto de manifiesto el señor Senador Solari –que sin duda debe llenarnos a todos de preocupación–, que dio cuenta de episodios de mala praxis, de omisiones, de deficiencias en infraestructuras edilicias, de mala utilización de bienes públicos. Sin duda, los responsables de todo esto tendrán que chequear los datos, porque las notas gráficas que el señor Senador exhibió preocupan y dan cuenta, a veces, de un estado de falta del debido contralor. Por supuesto, siempre debe delegarse –porque no es el Ministro ni el Directorio de ASSE los que controlan el

mal uso de las ambulancias– y es ahí cuando ocurren cosas, sobre todo, en una organización tan grande como es esta.

Ahora bien, yo voy a coincidir con el señor Senador Solari en una cosa desde el arranque: a mi juicio, este sistema –por supuesto que creado con las mejores de las intenciones, tratando de que sea el principio de equidad y de solidaridad el que lo gobierne– está comprometido por varias razones, fundamentalmente por las que ya polemizamos aquí en tres oportunidades. En este período de Gobierno es la tercera vez que concurre el titular de la Cartera de Salud Pública y fíjese, señor Presidente, si será difícil y complejo este tema que asistieron tres Ministros diferentes. En la primera convocatoria que hicimos con el señor Senador Solari vino el actual titular del Mides; luego vino el doctor Venegas y ahora viene la doctora Susana Muñiz, que lleva cuatro meses en el cargo. También tuvimos la ocasión de convocar a la Presidenta de ASSE cuando llevaba tres meses en el cargo. Por eso siempre debemos ser corteses e indulgentes por lo menos en el arranque, porque es muy difícil adjudicarle responsabilidades a alguien, aunque ya integre la organización. No es lo mismo el rol de una Directora de División que el de un Ministro que, en definitiva, es el último responsable de todas las decisiones que se toman.

Creo que hay un error de principio, sobre todo en el prestador público, y en esto coincido con el señor Senador Solari: es imperdonable el retraso en reglamentar la Ley n.º 18.161, de agosto del año 2007, que crea ASSE como servicio descentralizado que, en su artículo 2.º dice: "ASSE será dirigida y administrada por un Directorio compuesto de cinco miembros, quienes serán designados de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 187 de la Constitución de la República.

Cuando el Poder Ejecutivo elabore la propuesta de Directores tendrá, especialmente en cuenta, como condiciones personales, de dos de los cinco miembros, que sean representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE.

Dentro de los seis meses contados desde la promulgación de la presente ley –estamos hablando de agosto de 2007–, el Poder Ejecutivo reglamentará la forma en que los usuarios y los trabajadores formularán sus respectivas propuestas". Pasaron cinco años y medio –casi seis años– y todavía esto brilla por su ausencia. Esta integración actual del Directorio con dos representantes que carecen de legitimidad –porque están violando abiertamente el mandato legal, habiendo extendido sus funciones– quizás no sería tan relevante si no fuera porque por lo menos a una de ellas nunca tuve oportunidad de tener presente ni en la Sala ni en la Comisión. Me refiero al señor Alfredo Silva, que nunca vino; será que no lo traen para evitar problemas porque siempre las culpas recaen sobre su persona y muchos son los defectos y omisiones –o, más bien, transgresiones– que se le adjudican. Perdón, creo que me equivoqué; este hombre no es omiso, es un transgresor.

Hoy el señor Senador Solari leyó una carta –tengo aquí el mismo ejemplar– que él dirigiera a la doctora Susana Muñiz, a la sazón, a cargo de los Centros del 2.º Nivel de Atención del Interior de ASSE, y puedo decir que es de un tupé, un exceso y una violación de facultades absolutamente inaceptables.

La señora Ministra dice que la administradora, Nybia Revetría, sigue en su cargo. El tema es que se había iniciado una investigación, un sumario, pero vino Silva y dijo que, por acuerdo entre el sindicato y la Dirección, ese sumario quedaba sin efecto. Y yo pregunto: ¿el sumario quedó sin efecto? ¿Se transformó en investigación administrativa? Porque, en lo personal, me parece bien que no la hayan relevado a Nybia Revetría, pero también supongo que el sumario o la investigación deben haber arrojado algún resultado. Me gustaría saberlo, simplemente, porque me parece algo muy importante y que garantiza la limpieza de los procedimientos.

Entonces, esa participación y esa actuación absolutamente transgresora y fuera de los límites que establece la institucionalidad han comprometido la gestión; no tengo ninguna duda de ello porque esa actuación ha tenido que ver con varias áreas de este tema.

En consecuencia, me parece que por ahí ya arrancamos muy mal.

Recuerdo que en esa primera convocatoria se habló de una sucesión de relevos, como la de aquel Presidente de ASSE, el doctor Córdoba, a quien el Presidente de la República creo que calificó como "el poeta de la Medicina" y lo era, porque realmente no ejercía la autoridad como debía hacerlo en un organismo que tiene la entidad, las potestades y la importancia de la Administración de Servicios de Salud del Estado. Estamos hablando del máximo prestador de salud del país, sin ninguna duda, que en el interior de la República atiende nada menos que a 900.000 compatriotas. Soy un hombre del interior y ¡vaya si valoro su importancia, sobre todo, en los departamentos más pobres del país! Creo que Artigas es el que tiene la proporción mayor de usuarios del prestador público. ¡Ni hablar que eso es así!

Además, a ese organismo se le ha destinado una asignación de recursos importantísima: se le ha duplicado o triplicado, en valores constantes, su presupuesto y, a su vez, ha disminuido el número de usuarios.

Sé que la doctora Silva va a contestar que también las actividades que se desarrollan son muchas más y que se atiende más veces a sus pacientes, pero, de cualquier modo, cabe exigir un desempeño cada vez mejor de este prestador público.

Lamentablemente, todos estos hechos han tomado estado público pero no solamente por el rol de la oposición sino porque se trata de hechos muy dolorosos que tienen que ver con la salud y la vida de la gente. Entonces, el estado público se impone porque la propia población de los lugares donde ocurren estas cosas se encarga de difundirlas aunque sean dolorosas y se revele la identidad de las personas comprometidas. En el interior, particularmente –casi todos estos hechos han sucedido allí–, esto se sabe porque todo el mundo se conoce. No es la oposición ni ningún periodista malintencionado que están "inflando" estas cosas, sino que se saben porque suceden y, además, porque se constata –como en el caso de Paso de los Toros– que ha habido responsabilidades de quienes estaban a cargo de la unidad hospitalaria o de los médicos que estaban en las guardias.

De modo que estamos hablando de hechos objetivos que han sucedido; otros podrán ser distintos y en algunos casos, quizás, no haya habido responsabilidad, pero igualmente hubo conmoción. No obstante, venimos de un tiempo muy difícil en cuanto a un estado de opinión pública general que comenzó a hacerse sentir.

Ahora voy a salirme de los casos de malas praxis y demás, planteados por el señor Senador Solari, y me voy a referir al tema del Hospital Maciel y de los procesamientos por homicidios allí constatados; por lo menos, hubo un caso en que esto fue constatado, aunque no sabemos otros nombres. Creo que en la última concurrencia de la Ministra y del Directorio de ASSE a la Comisión de Salud Pública hablamos de este tema y pregunté a la Presidenta de ASSE respecto del sumario y las actuaciones administrativas que habían tenido lugar como consecuencia de los hechos de marzo del año pasado, acaecidos en el Hospital Maciel y en la Asociación Española.

Lo que voy a decir tiene que ver, naturalmente, con el Hospital Maciel, porque no sé qué pasó en la Asociación Española ya que nunca más oímos hablar del tema, y tenemos los elementos que nos han enviado de ese hospital. Hace un par de días nos llegó el informe con la resolución administrativa de ASSE, con la cual, sinceramente –aquí sí puedo hablar como abogado porque este es un tema jurídico–, discrepo porque me parece que no correspondía, de ninguna manera, el archivo de esas actuaciones.

Recuerdo que cuando sucede esto que deriva en la muerte de la señora Santa Gladys Lemos –el 12 de marzo del año pasado–, se crea una verdadera conmoción, incluso, por la ignorancia que aducían todos ya que nadie estaba enterado de esto. El propio Ministro de entonces, si no me equivoco, estaba en el aeropuerto de San Pablo con el propósito de ir a África para una convención acerca del tabaquismo y tuvo que volver porque se enteró –creo que un sábado o un domingo, cuatro días después– de que había pasado eso y que había gente presa. Fuimos mala noticia internacional en todo el mundo por este hecho. Creo que la Presidenta de ASSE se enteró un poco antes que el Ministro porque hubo una investigación policial y judicial; tengo entendido que el Director del hospital, doctor Gabús, recibió a un policía de Interpol y, de inmediato, se ordenaron, tanto en la órbita de ASSE como en la del Ministerio de Salud Pública, dos investigaciones administrativas, con fecha 17 de marzo de 2012, es decir, enseguida de los hechos.

Yo vi el informe del Ministerio de Salud Pública de fecha 17 de mayo de 2012, llevado a cabo por tres profesionales –un abogado de la Digesa, una abogada de la Junasa y un médico legista de la DGSNIS, que no sé qué significa pero debe ser, seguramente, algo relacionado con el Sistema Nacional Integrado de Salud–, que es muy pormenorizado, pero muy sólido. Voy a leer algunas de sus consideraciones: "La UCC y la Sala de Cardiología del Hospital Maciel no cuentan con habilitación por parte del Ministerio de Salud Pública", es decir, no estaban habilitadas.

Más adelante dice: "La Farmacia interna del hospital no se encuentra habilitada de acuerdo con el Decreto-Ley n.º 15.703". Seguramente no deben tener ni siquiera la habilitación de la Dirección Nacional de Bomberos; esto me hace acordar a las cárceles porque ninguna la tiene, pero en estos establecimientos pasan cosas horribles.

Después se expresa: "Se constata incumplimiento de la normativa vigente en relación a los médicos de guardia de la unidad. Los mismos no cubren las 24 horas del día ni cuentan con especialidad en medicina intensiva o cardiología.

La dotación de enfermería resulta adecuada (...). Sin embargo, se comprueba que esta dotación no se cumple en forma permanente, lo que resulta inadecuado a la complejidad de la asistencia que requieren los pacientes del sector.

Se debe mencionar que cuatro funcionarios de la unidad no fueron encontrados en el registro informático del Departamento de Registro de Profesionales"; esperemos que sean médicos.

Continúa: "El funcionamiento de la UCC se encontraba distorsionado. Desde hace aproximadamen-

te un año se decidió remover al funcionario Marcelo Pereira por trabajar también su esposa en el sector.

Con respecto a este funcionario –dicen– existían sospechas de un actuar presuntamente delictivo, hecho que fue puesto en conocimiento de toda la escala jerárquica del Hospital en forma verbal"; esto incluye, naturalmente, al Director. Y continúa diciendo: "El fundamento esgrimido para no haber tomado medidas fue la falta de pruebas. La denuncia policial fue realizada por una funcionaria de la unidad que no pudo ser identificada".

Resulta realmente inquietante cuando se hace referencia al ambiente laboral, porque se dice que Marcelo Pereira –que es el hombre al que le imputaron cinco homicidios especialmente agravados en reiteración real, creo que en el Hospital Maciel y en la Asociación Española; ese fue el auto de procesamiento inicial– "distorsionaba el funcionamiento, generando miedo y un repudio generalizado hacia este, que preferían trabajar en otros turnos"; "se comenzó a sospechar que el mismo realizaba algún tipo de intervención que culminaba con el fallecimiento de ciertos pacientes, pero no se contaba con pruebas ni testigos de los hechos". Observen los señores Senadores lo que dice a continuación: «A modo de ejemplo, citamos lo expresado por algunos de los funcionarios que declararon en estos obrados: "Ahí empecé a notar un cambio en el *modus operandi* de este señor. Empezó a matar minutos antes de dejar la guardia, así no tenía que lidiar con todo el trabajo posterior a la reanimación. No se puede trabajar así, cuidando al paciente para que un psicópata no se lo mate».

Más adelante, el informe expresa: «De acuerdo a las declaraciones del Dr. Patritti: –era el jefe de la unidad y, en su momento, al único que sumariaron– "Los comentarios hechos por sus compañeros de trabajo no tenían fundamento alguno, pero sí fueron comentados en diálogo de médicos con la Dirección del Hospital que estaba en conocimiento de esos comentarios sin fundamento"». Al parecer fue con fundamentos. La licenciada Rondán –que fue quien valientemente denunció todo esto y gracias a ella se pudo comprobar–, cuando quiso hacer la denuncia en su unidad no la atendieron y tuvo que hacerla en la Dirección Nacional de Policía, ante su Director, el señor Guarteche, para que se activaran también –aunque con muchísima demora– otro tipo de mecanismos. Igualmente, la señora Santa Gladys Lemos murió.

La licenciada Rondán –que aquí coincide con el doctor Patritti– dice: "El rumor se informó a Ana González, luego conjuntamente con el Dr. Patritti se le informó a la Dra. Flavia Leizagoyen, Dra. Píriz y Dr. Gabús". Es decir que todos sabían; la sospecha estaba ahí.

El informe realizado por el equipo de trabajo del Ministerio de Salud Pública –que es el mismo que trabaja con la señora Ministra, y es gente que me parece muy seria porque este informe está muy completo– a modo de conclusión dice: "Se comprueba que la Unidad de Cuidados Coronarios- Sala de Cardiología del Hospital Maciel, independientemente de las carencias de personal que presentaba, estaba funcionando con un ambiente gravemente distorsionado desde hace más de un año. Ese funcionamiento inadecuado estaba directamente vinculado a la presencia del Aux. de enfermería Marcelo Pereira.

Las declaraciones del personal, que se adjuntan, son todas contestes en evidenciar que se trabajaba en un estado de alteración tanto emocional como técnico, por lo que llama la atención que no se hubieran adoptado medidas al respecto y que se hubiera continuado trabajando de esa manera en un área tan sensible.

No obstante tratarse de una situación delicada, en un pequeño grupo de trabajo, la entidad de las sospechas que manifestaba el personal en su conjunto con respecto a Marcelo Pereira, y el mal funcionamiento desde el punto de vista práctico, ameritaba la adopción de las medidas contempladas por el Decreto del Poder Ejecutivo, n.º 500/991, en sus artículo 175 y siguientes, en forma tempestiva".

Reitero que este es el rotundo y severo informe, de fecha 17 de mayo de 2012, realizado por el equipo del Ministerio de Salud Pública, cuyo titular era, en aquel entonces, el doctor Venegas.

Por otro lado, la Presidenta del Directorio de ASSE nos hizo llegar el expediente a través del cual se clausura la investigación administrativa, dispuesta exclusivamente respecto al Director de la Unidad de Cuidados Coronarios del Hospital Maciel, doctor Patritti, quien nunca fue separado de su cargo. Al parecer es una constante en el Ministerio de Salud Pública y en ASSE el que nunca se separe a nadie preventivamente del cargo, en clara y manifiesta violación de lo dispuesto por el artículo 187 del Decreto 500, que más adelante leeré. En dicho expediente se hace una relación de los hechos y hasta una interpretación sobre lo que acabo de leer. Concretamente, dice: "Sobre la investigación administrativa realizada por el MSP se concluye que el funcionamiento de la UCC se encontraba distorsionado por el funcionario involucrado, que habían sospechas pero no pruebas y que la mortalidad anual del servicio no muestra un aumento estadísticamente significativo". El doctor Briozzo habló largamente sobre el tema en ocasión de concurrir a la Comisión de Salud Pública integrada por Representantes y Senadores.

Continúa diciendo el expediente: "De las resultancias penales se desprende, más allá del auto de

procesamiento, testimonios varios, algunos incluso contradictorios con los realizados en sede administrativa, lo que poco pueden aportar, en forma fehaciente, a las presentes actuaciones". Y concluye señalando que la mortalidad no aumentó –solo lo hizo en un 1 %, porque había más pacientes–; que se dispuso una auditoría de historias clínicas y un sumario administrativo con suspensión temporaria. Al único funcionario que suspendieron fue a Marcelo Pereira, que estaba preso; claro, estaba suspendido en la cárcel. Pero no se suspendió al doctor Patritti.

El expediente dice que del total de funcionarios, "una parte de los supervisores y enfermeros no cuestionaba su conducta, y lo consideraban un enfermero con desempeño normal". Fíjense los señores Senadores qué contradicción con el informe que acabo de leer sobre la investigación realizada por el Ministerio de Salud Pública. Asimismo, agrega que "el sistema de control de la medicación en el Hospital Maciel, era eficiente". La farmacia no estaba habilitada, pero era eficiente. En una parte del informe se dice que el mueble era inadecuado; no sé por qué era eficiente.

Continúo leyendo: "Se resalta que se trató de un hecho de carácter inesperado, imprevisible y anormal –por lo general, los homicidios son así; casi todos son imprevisibles y anormales– y que no existen antecedentes del mismo tipo". Eso es cierto, no es común; fue un hecho inédito en la historia sanitaria del Uruguay.

Por todo ello, porque se aprobó un protocolo de actuación en caso de denuncia, y por los sumarios dispuestos, a Marcelo Pereira se le realizó un sumario con separación del cargo cuando estaba preso y procesado por cinco homicidios. Ya ni siquiera tenía sentido suspenderlo. Al respecto, señala el informe: "Se entendió pertinente clausurar la investigación administrativa oportunamente dispuesta. En suma, el Directorio entendió que se habían agotado todos los mecanismos administrativos posibles y pertinentes para arribar a cualquier otra conclusión. Fue notorio que la completa y extensa investigación no pudo avanzar o despejar supuestas declaraciones contradictorias".

También se dice que hubo un manejo inadecuado por parte del Servicio; también se habla de un manejo inadecuado de la licenciada en enfermería Ana Clara Rondán. Ana Clara Rondán fue la heroína de toda esta historia, porque si no hubiese sido por ella nadie se hubiera enterado de estos hechos y hubieran seguido ocurriendo. Entonces, decir que hubo un manejo inadecuado por parte de esa mujer –que denunció allí hasta el cansancio y tuvo que ir a hacer la denuncia ante el Director Nacional de Policía, Inspector Guarteche–, me parece de lo más injusto del mundo.

Más adelante, el expediente dice: "1.º) Clausúranse las presentes actuaciones. 2.º) Establécese que se deberá exhortar a los funcionarios de ASSE al cumplimiento de los establecido en el artículo 175 del Decreto 500/991". Se hace una exhortación genérica a los funcionarios para que denuncien ante su repartición la ocurrencia de hechos de esa naturaleza, como si nadie supiera que va de suyo que esto hay que hacerlo. El artículo 175 impone esa obligación cuando dice: "Todo funcionario público está obligado a denunciar las irregularidades de que tuviera conocimiento por razón de sus funciones, de las que se cometieren en su repartición o cuyos efectos ella experimentara particularmente. Asimismo, deberá recibir y dar trámite a las denuncias que se le formulen al respecto. En uno y otro caso, las pondrá en conocimiento de sus superiores jerárquicos". Eso fue lo que hizo esta licenciada en enfermería que, reitero, gracias a ella es que se descubrieron esos hechos.

El Director del hospital sigue ahí, no como Director porque pidió su relevo, pero nunca fue sumariado. Del informe surge que sabía de los hechos, pero nunca fue sumariado. Es lo que leo en la investigación administrativa realizada por el Ministerio de Salud Pública; de lo contrario, no deberíamos creerle a las tres personas que participaron. En el caso del Director de la Unidad tampoco hubo suspensión en el desempeño del cargo. Incluso, en el informe se habla de la *culpa in vigilando*; si eso no es una falta grave, sinceramente no entiendo nada.

El artículo 187 del Decreto 500/91 dice: "La suspensión preventiva en el desempeño del cargo de los funcionarios sumariados es preceptiva cuando los hechos que motivan la información constituyan falta grave. Deberá decretarse con la resolución que ordena el sumario. La misma lleva aparejada la retención de los medios sueldos correspondientes".

Esto fue votado negativamente por el miembro de la oposición en el Directorio, lo que me pareció muy bien. Debemos recordar que es el único abogado y el que, seguramente, conoce mejor las normas.

La doctora tuvo la nobleza de referirse al caso de Paso de los Toros, donde sin duda correspondía la suspensión preventiva y preceptiva de las tres personas sumariadas. Aquí no vale la excusa de que se afectaría el servicio, porque no puedo creer que con los recursos que tiene ASSE no se puedan suplir esos puestos con otras personas, sobre todo cuando sucedió lo que todos ya sabemos. Se procedió a relevar al Director en forma inmediata, lo que revela que las propias autoridades de ASSE consideran que allí hubo responsabilidades, porque a un director no se lo releva si no se hicieron las constataciones del caso. Creo que inmediatamente mandaron personal, e in-

cluso intervino la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina.

Sinceramente, considero que esos signos, esa indulgencia, debilitan la autoridad; y en una organización de este porte, el ejercicio genuino y legítimo de la autoridad es una garantía de buena gestión. Me parece, entonces, que acá se equivocan.

La doctora Silva no estaba cuando este poeta de la medicina hizo todos los relevos. En realidad los hizo Silva, el invisible, el que nunca viene acá; él fue quien hizo todos los relevos –en Aiguá, en Paso de los Toros, etcétera; recuerdo el caso del doctor Lizardo Valdez, del Programa de Salud Mental–, poniendo como directores o administradores, en aquellos lugares en donde había profesionales de larga data y de sobrado prestigio, a choferes y auxiliares de enfermería. De esos casos hubo más de uno. Yo tengo un enorme respeto por los choferes y por los auxiliares de enfermería, pero no creo que tengan la idoneidad como para manejar una unidad hospitalaria.

Se me dice que esto está funcionando bárbaro; se mencionan cifras sobre temas como el de la mujer, el embarazo, la neonatología, el programa de los niños, el de las mujeres embarazadas, etcétera. No dudo que algún programa y algunos números estén bien, pero si no ponemos en los lugares importantes a la gente que sirve y nos dejamos guiar así, habrá problemas. Fue una etapa; no le adjudico al actual Directorio ese manejo, pero eso sucedió y muchas de esas personas siguen en sus cargos, imagino, a menos que los hayan relevado. Reitero que fue producto de una época, y recuerdo unas palabras del Subsecretario Briozzo que me impactaron, expresadas en ocasión de concurrir a la Comisión de Salud Pública con el entonces Ministro Venegas, cuando hacía tres meses que estaba la doctora Silva. Expresó que se abría un momento de inflexión. Eso significaba un cambio de dirección; dejar ese corporativismo desembozado llevado adelante por esta gente que no tenía ninguna representatividad y que manejaba –por lo menos uno de ellos– gran parte de las decisiones, basándose, no en el profesionalismo ni en una correcta administración, sino en amiguismos y en la pertenencia, a veces, a organizaciones sindicales. Eso le está haciendo un terrible mal al país y vale para los trabajadores, pero por supuesto que también para los profesionales. No digo que solamente valga para los profesionales médicos; estoy hablando del conjunto. Es algo que está sucediendo también en la enseñanza. ¡Vaya si el Presidente y el Vicepresidente se han quejado, diciendo cómo pesan a veces los intereses! Veamos el estado actual de nuestra enseñanza. ¡Vaya que estamos hablando de salud y de enseñanza! Me preocupa el predominio de los intereses corporativos por sobre el interés general que debe guiar a los designados por el Gobierno. ¡Es muy mala señal! Me surge un enorme temor cuando empiezan a primar esas cosas y mucho de lo que ha pasado aquí son consecuencia de ello; no tengo ninguna duda. El señor Senador Solari lo decía claramente: a veces se toman decisiones por gente que no las debe tomar.

La otra vez hice mención a las declaraciones de un Secretario –creo que se llama Pablo Cabrera– de esta Federación de Funcionarios de Salud Pública que fueron publicadas por *Brecha*. ¡Por cierto que *Brecha* no va a defender la opinión de los blancos ni de los colorados! *Brecha* publicaba las declaraciones donde este hombre se arrogaba la facultad de evaluar el desempeño de los Directores de las Unidades Ejecutoras de ASSE y lo mandaba el Directorio de esta Administración. Estoy hablando de otro tiempo, del inicio de este Gobierno, cuando Olesker era Ministro y vino a este Senado con un Directorio de ASSE diferente, del que creo que solo quedan los representantes de los trabajadores y de los usuarios. ¡Cómo va a decir Silva que él va a arreglar los sumarios porque había un acuerdo! ¡Cómo va a decir Pablo Cabrera que ellos –el sindicato– estaban evaluando a los Directores de las Unidades Ejecutoras! Cuando entramos en ese terreno estamos condenados al fracaso, por más dinero que tengamos y mejor cabeza que haya arriba, porque hay una especie de rotura de la cadena jerárquica.

Esto es algo que muchas veces le he dicho al Ministro del Interior porque sucede con los sindicatos policiales, que a veces se arrogan cosas que violan la propia Ley Orgánica de la Policía. En esto tenemos que ser extremadamente cuidadosos porque hay mucho dinero en juego, hay derechos en juego, están la salud y la vida –¡ni hablemos!– que es el más fundamental de todos los derechos humanos. Por lo tanto, cuando predomina el interés de las corporaciones sobre el interés general vamos por mal camino. De la misma forma, vamos por mal camino cuando el Gobierno se demora cinco años y medio para proceder a reglamentar la ley y a elegir personas representativas de verdad, cumpliendo con el mandato legal. Nos estamos acostumbrando a sancionar leyes y luego no cumplirlas. ¡Es lo peor que nos puede pasar! Ahora que estamos discutiendo para ver si tenemos asesores en las Comisiones, pongamos seguidores de las leyes para ver si las que acá se aprueban luego se cumplen o no.

Reitero que todo esto me preocupa e imagino que mi preocupación debe ser compartida, tanto por los titulares de la Secretaría de Estado como por el propio Directorio de ASSE. Creo que se debe exigir un mayor rigor en esto, aunque sé que no es tarea fácil estar sentado allí. La historia de los Ministerios siempre ha tenido altibajos, desencuentros y Ministros que se relevan, aunque en la mayor parte de estos relevos hay una continuidad sorprendente.

Hay otro aspecto que me quedó pendiente y en ese sentido quiero hacer mención al excelente llamado a Sala que llevara adelante el señor Senador Heber que, lamentablemente, en este momento no se encuentra en Sala. Me parece que fue algo muy positivo por cuanto puso de manifiesto determinadas deficiencias. Recuerdo que en esa ocasión presentamos una moción para crear una Comisión Investigadora que luego fue votada negativamente por este Cuerpo. Discutimos eso con un criterio muy amplio, pero la mayoría entendió que no correspondía –tengo en mi poder el informe en mayoría–, que era inoportuno "ya que las autoridades que se encuentran al frente del Ministerio de Salud Pública (MSP) como de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) se encuentran designados en esos cargos desde hace no más de tres meses". Ahora se repite la historia, porque tenemos una Ministra que hace cuatro meses que ocupa el cargo, pero eso no quita que no debamos investigar, porque esto hace a la continuidad de las políticas; cambian las personas y las políticas continúan. Ya lo dice el viejo dicho: "Los hombres pasan y las instituciones quedan".

Por ejemplo, el señor Senador Heber expresó en esa oportunidad –y nadie se lo discutió– que en el lapso de un año y medio hubo 29.300 observaciones del Tribunal de Cuentas a contratos, actos, pagos, etcétera, de ASSE. Reitero que eran 29.300 observaciones por un monto de US$ 85:000.000. Acá se adujo que esas contrataciones eran pequeñas, que se hacían contrataciones directas por razones de urgencia, porque el tema de la salud a veces así lo requería. Sin embargo, como cosa graciosa –tal como las imágenes que mostró el señor Senador Solari– recuerdo que había, por ejemplo, una compra de canasta navideña por razones de urgencia. ¡Claro, la Navidad es una sola! Se ve que se demoraron y hubo que hacer una compra directa de regalos navideños. Asimismo, había una prórroga de una licitación para disposición de residuos sólidos hospitalarios contaminados, cuyo monto ascendía a $ 134:132.972, algo así como US$ 8:000.000. Había contrataciones importantes, realmente muy importantes.

Por otro lado, me gustaría saber en qué terminó aquel escándalo de Clanider y de la empresa de limpieza a la que el semanario *Brecha* ligaba con Alfredo Silva. Me refiero a la empresa Buena Estrella, que había sido contratada directamente y por montos muy importantes: unos $ 3:000.000 mensuales, si no me equivoco. Se trataba de una asociación civil de exempleados de Clanider, que tenía un famoso proyecto socioeducativo. ¡Los proyectos socioeducativos son un verso maravilloso que tienen las asociaciones civiles para no pagar IVA y competir desigualmente con las empresas formalmente constituidas!

En *Brecha* también se hablaba de implicancias de Silva y de su abogado –de apellido Ferrín– en relación con Buena Estrella. Repito que esto lo publicaba el semanario *Brecha*, el cual también mencionaba un artículo del Estatuto de la asociación civil que preveía que en caso de disolución de la misma, los bienes pasarían a la Federación de Funcionarios de la Salud. Quiere decir que había una comunión, una hermandad entre una asociación sindical y una empresa que tenía un proyecto socioeducativo que –como dije–, en realidad no era tal, porque lo que se buscaba era la exoneración del pago del IVA.

Vale recordar que esta empresa Buena Estrella había sido contratada, además, para prestar servicios de conserjería en Pando, y también por una suma muy importante. En tal sentido, recuerdo que en los servicios de conserjería estaban incluidos los servicios de seguridad y de vigilancia, que no pueden ser prestados por las asociaciones civiles, sino por las empresas de seguridad habilitadas por el Ministerio del Interior. Quiere decir que allí existía otra violación de normas.

La empresa ganó otra licitación en Rivera y, según creo, también en Artigas. Estoy seguro de que en Pando y en Rivera ganó.

Realmente quiero saber si la empresa Buena Estrella continúa adelante porque, sin duda, venía con muy buena estrella. La verdad es que eran cantidades de dinero importantísimas.

A todo esto se suma otra cosa realmente horrorosa. Me refiero a la asignación de toda una política comunicacional a la empresa Perfil.

SEÑOR RUBIO.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR MOREIRA.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Puede interrumpir el señor Senador Rubio.

SEÑOR RUBIO.- El señor Senador Moreira es abogado y, además, sin duda, cuenta con mucha experiencia a nivel parlamentario. Pero, más allá de eso, debo decir que me sorprende el desarrollo de la sesión. Comenzamos con una intervención del señor Senador Solari, quien trae un tema muy importante y, a su vez, hace afirmaciones muy fuertes, diría que extremadamente fuertes. Ahora bien, luego de escuchar las intervenciones de los representantes del Ministerio, a mi juicio –modestamente–, esas afirmaciones no se convalidan con la realidad. Hay diferencias en cuanto a la información que se maneja y, en otros casos, el propio Ministerio está restringido por la normativa existente que, en parte, el propio señor Senador Moreira ha citado. Según el Tocaf y el artículo 174 del Decreto 500, es falta grave de un funcionario público revelar determinadas cuestiones que están

en ciertos procesos. Además, hay un marco legal en el que está la ley de hábeas data y la Ley n.º 18.335, relativa a los pacientes y usuarios de los servicios de salud y a la confidencialidad de su información. En ese marco, en el que el Ministerio puede informar hasta cierto punto pero no referir a cuestiones que están en proceso, se dan respuestas sobre los aspectos más estructurales o sobre algunos casos específicos acerca de los cuales no existe impedimento para hablar.

Reitero que las afirmaciones más contundentes y categóricas que se han hecho aquí –y no quiero volver a la cuestión de la Gestapo o a otras tremendistas, todas ellas producto, a mi entender, no de una intencionalidad, sino de un exceso en el lenguaje–, no han sido validadas o aclaradas. Y, sin duda, persisten las discrepancias sobre orientaciones.

Nadie pone en cuestión que aquí hay un proceso de transformaciones estructurales que lleva ya muchos años. Hay, también, algunos indicadores que son reconocidos internacionalmente por su carácter positivo, y otros que son problemas a solucionar. Esta es la cuestión más gruesa que, a su vez, está validada por los relevamientos de opinión pública que se han hecho en nuestro país. Podemos quedarnos en ese punto y decir que hay tales y cuales problemas a solucionar. Ahora bien, recordemos que ninguna reforma anterior tuvo éxito en este país. Ninguna. Entonces, pienso que podemos determinar los problemas a encarar.

Si hacemos un “salpicado” de situaciones puntuales que están en distinto grado de evolución o que fueron objeto de investigaciones que, de pronto, ya terminaron, y enumeramos todo aquello relacionado con la situación de la salud pública que ha repercutido fuertemente en este país, nos vamos a perder.

Incluso, en medio del calor del debate se ha traído a colación instituciones y se ha hablado como si estuvieran al borde de la quiebra, cuando en realidad este es un tema muy delicado, más aun en un país donde –si no recuerdo mal– en pocos años quebraron abruptamente alrededor de veinte instituciones mutuales.

Indudablemente, puede discutirse si determinada orientación de política pública es acertada o desacertada, o si en cierto caso debe tomarse este u otro camino, y es obvio que puede haber opiniones diversas. Lo que me parece que no conduce al avance de la cuestión de la salud instrumentada para los uruguayos, es diseminar un conjunto de situaciones y de suspicacias que después no resultan en actos consecuentes. Digo esto porque si se tiene sospechas sobre algunas cuestiones que rozan lo penal, lo que se exige es la consecuente conducta de nosotros, como parlamentarios, o de quien lo plantee. Aclaro que no me estoy refiriendo al señor Senador que me concedió la interrupción. Simplemente aprovecho la oportunidad para hacer esta reflexión y señalar que la sesión debería centrarse en los problemas…

(Suena el timbre indicador de tiempo).

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Ha finalizado su tiempo, señor Senador.

SEÑOR RUBIO.- Ya termino, señor Presidente.

Si la sesión terminara en un inventario de tres o cuatro problemas, en cuya existencia se coincidiera o se discrepara, pero hubiera acuerdo en cuanto a la importancia de encararlos, de manera tal que luego la Comisión correspondiente los evaluara, se lograría un avance sobre el tema; de no ser así, nos dispersaríamos en una cuestión que nos insumiría muchas horas, pero que no tendría resultados.

Muchas gracias, señor Senador y señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Puede continuar el señor Senador Moreira.

SEÑOR MOREIRA.- Voy a responder al señor Senador porque, en realidad, hice mención a algunos artículos del Decreto 500.

En mi opinión, la resolución del Directorio de ASSE que establece la clausura de la investigación administrativa de hechos tremendamente importantes, relevantes, penosos, terribles y que no tienen antecedentes en el sistema sanitario uruguayo, no es un “salpicado” de nada. Realmente pienso que lo de los asesinatos múltiples ha sido lo más grave que ha ocurrido en el sistema uruguayo de salud a lo largo de toda su historia. No creo que tenga antecedentes; por lo menos, eso dijeron todas y cada una de las instancias.

El artículo 175 del Decreto 500 establece una obligación para los funcionarios públicos. Literalmente, dice: “Todo funcionario público está obligado a denunciar las irregularidades de que tuviera conocimiento por razón de sus funciones, de las que se cometieren en su repartición o cuyos efectos ella experimentara particularmente. Asimismo, deberá recibir y dar trámite a las denuncias que se le formulen al respecto. En uno y otro caso, las pondrá en conocimiento de sus superiores jerárquicos”. Esta es la disposición que impone a todo funcionario público denunciar ese tipo de hechos. Hace unos instantes decía que una licenciada en enfermería denunció a esos enfermeros por varias vías, pero tuvo que llegar a la Policía porque no le prestaron atención. ¡Vaya si será grave eso! ¡Está marcando un nivel de indiferencia, de indolencia y de omisión, que es tremendo! Esto hace a la salud del propio Sistema Nacional Integrado de Salud, a la disciplina que debe reinar

y al cumplimiento del marco legal. Según la ley de creación del Sistema, ¿qué debe hacer el Ministerio de Salud Pública? Entre otras cosas, debe "controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables". Esto incluye a ASSE, que es el prestador mayor.

Concretamente, estoy diciendo a la señora Ministra que si su equipo técnico, jurídico y legista expresa que acá pasaron cosas muy graves, no puede ser que se clausure una actuación administrativa, sobre todo en el marco de hechos de tal gravedad. No estoy "salpicando" nada; el sistema –lamentablemente– está "salpicado" por estas cosas.

Cuando digo que en un año y medio se constataron 29.300 observaciones del Tribunal de Cuentas y hay mucha plata en juego –porque el 10 % de los recursos y, por ende, del presupuesto observado por el Tribunal de Cuentas, equivale a aproximadamente US$ 80:000.000 o US$ 85:000.000–, ¿acaso esto no hace a la facultad de controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades? ¡Vaya si esto es importante! ¡No estamos en cosas menudas ni en el chismerío! ¡Estamos en el análisis profundo de la gestión del principal prestador de salud del Uruguay que, además, se maneja con recursos públicos! ¡Y muchos recursos públicos!

Entonces, ¡vaya si es pertinente que nos sentemos aquí a discutir y pidamos a las autoridades presentes que nos informen si las 29.300 observaciones persisten –si seguimos en ese gran caos– o si se corrigió esa barbaridad administrativa! ¡Vaya si tenemos derecho a preguntar! ¡Queremos saber!

Con respecto a las investigaciones administrativas, según creo, el Tribunal de Cuentas dispuso auditar a diez unidades ejecutoras; me gustaría saber qué pasó con esas auditorías y también si la empresa La Buena Estrella sigue prestando servicios después de todos los líos que allí se armaron.

Cuando le concedí la interrupción al señor Senador Rubio estaba hablando de la política comunicacional y del Grupo Perfil –todo el mundo sabe quién está detrás de este Grupo–, que había ganado una licitación malamente, contra la opinión de la comisión asesora. Después se formó otra comisión asesora, en paralelo, para cambiar el resultado que había sido adjudicado a Grey, otra empresa publicitaria. Tan mal se actuó en ese caso, que las sucesivas prórrogas también fueron observadas por el Tribunal de Cuentas. Digo más al señor Senador Rubio: la última observación fue levantada porque el gasto fue convalidado por el ex-Presidente Tabaré Vázquez. De modo que ni siquiera fue la señora Ministra, sino que fue el propio doctor Tabaré Vázquez quien convalidó la última prórroga de la empresa publicitaria Perfil. ¡Y tan mal terminó la historia, que el Tribunal de lo Contencioso Administrativo anuló tanto la adjudicación, como las sucesivas prórrogas! Realmente, no sé qué pasó; quizá Grey le esté reclamando al Estado. Si así fuera, creo que haría muy bien porque todo se hizo mal.

¿Cómo no me voy a preocupar? Estos son recursos públicos. ¡Es mucha plata, que se puede volcar en la salud de la gente! ¿Cómo no vamos a estar todos preocupados? Preguntar qué pasó y querer saber si esa historia ha vuelto a repetirse constituye, a mi entender, uno de los deberes que tenemos quienes estamos en la oposición y también quienes están en el Gobierno. ¡Yo quiero saber qué es lo que hacen con la plata!

En este momento se discute porque quieren eliminar o bajar los tiques, los copagos e, incluso, no devolver el Fonasa; dentro del propio partido de Gobierno se ha dado toda una discusión al respecto. ¿Cómo vamos a permitir que se malgaste el dinero? No es bueno permitirlo. Eso riñe con todos los principios de buena administración y yo quiero que se administre bien porque quiero que me devuelvan el Fonasa que pagué de más, me gustaría que me lo devolvieran, tal como lo quieren muchísimos uruguayos, porque es injusto lo que pretenden hacer.

¿Cómo no vamos a exigir principios de buena administración? ¡Claro que sí!

Me parece bárbaro que se asignen más recursos a la salud y que el sistema sea equitativo y solidario –estoy absolutamente de acuerdo con ello– pero, al mismo tiempo, vamos a exigir que se proceda con todo el rigor administrativo que es menester, para cumplir con una función tan esencial, como es preservar y defender ese derecho humano fundamental, que es el derecho a la vida y a la salud de la gente.

Realmente me gustaría que se respondiera a estas inquietudes, que he planteado con la mejor voluntad. Me parece importante que estas cosas se discutan en este ámbito. ¿Por qué no vamos a discutirlas? ¡Claro que es bueno hacerlo!

El señor Senador Solari habló de temas relativos a la atención de la salud. En lo personal, confieso que no me animo a ingresar en esas cuestiones porque nada sé al respecto. Sin embargo, en relación a estos otros temas que fueron puestos de manifiesto en esta Comisión General y que además impulsaron actuaciones de investigación administrativa –¡eso es lo bueno que muchas veces tienen estas instancias, pues a pesar de que no se constituyó la Comisión Investigadora, el señor Ministro reaccionó!–, me gustaría saber a qué resultado se llegó. Reitero que esto sucedió hace un año; dado que ahora hay una nueva Ministra, quiero que se me responda.

Muchas gracias.

SEÑORA MOREIRA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Tiene la palabra la señora Senadora.

SEÑORA MOREIRA.- Señor Presidente: no soy médica ni abogada, pero durante seis o siete años, como socióloga y politóloga estudié el sistema de salud.

Con referencia a las afirmaciones del señor Senador Solari sobre el deterioro del Sistema de Salud, quiero decir que no hay una sola evidencia empírica que permita sostener tal cosa con fundamento. No la hay a nivel de los resultados globales –es decir, de los indicadores de salud que en general se usan para medir el funcionamiento de un sistema; me refiero a los indicadores básicos, grandes, dentro de los cuales la mortalidad infantil y materna son bien importantes; y, como ya dijeron la señora Ministra y la Presidenta de ASSE, en América Latina tan solo Chile tiene niveles semejantes a los nuestros–, ni desde el punto de vista de los recursos asignados –que, en términos del porcentaje sobre el Producto Bruto Interno, se mantienen más o menos estables, pues creo que el gasto asignado a la salud corresponde a un 8,5 % u 8,6 % del Producto; si bien este porcentaje no aumentó, podría decirse que en términos absolutos sí lo hizo porque el Producto creció muchísimo; quiere decir que los recursos asignados a la salud se incrementaron significativa y sistemáticamente a lo largo del tiempo– y tampoco respecto de la asignación de los recursos humanos, rubro este que también ha registrado un crecimiento sostenido y uniforme, tanto en materia de médicos, auxiliares y licenciados en enfermería, como de médicos especialistas, etcétera, tema sobre el que me extenderé más adelante.

Considero que no puede hablarse, específicamente, de un deterioro del sistema de salud, y ya no desde el punto de vista de su funcionamiento ni de los indicadores de salud, sino de lo que podríamos llamar la "progresividad" del sistema. Conviene precisar que teníamos un sistema caracterizado como dual, en el que se destacaba un componente privado social, que era el componente mutual, y un componente público, en el cual el gasto por usuario de salud en el sector público representaba un 30 % del gasto privado en el sistema de salud. Asimismo, se advertían diferencias importantes entre la atención en Montevideo y en el interior. A su vez, lo que podríamos llamar la "equidad social y regional del sistema" ha mejorado notoriamente a partir de la reforma y hasta el presente.

Entonces, la primera afirmación que quiero hacer es que el mencionado deterioro del sistema de salud es algo que no se sostiene desde el punto de vista de los indicadores que miden la salud dentro del sistema.

En realidad, la reforma impulsada en el año 2007 nos salvó de la catástrofe. Hace instantes, el señor Senador Rubio recordó la crisis del mutualismo por la que estábamos atravesando, que llevó a una especie de oligopolización del sistema, con pérdida y caída de las pequeñas mutualistas.

Antes de que el sistema derivara hacia esta crisis financiera y económica tan importante, el propio señor Senador Solari intentó hacer una reforma. Se la denominó la "reforma Solari" –en mi época la estudié– y fracasó porque, si bien fue diseñada, nunca fue votada y, por tanto, no se convirtió en legislación efectiva.

En esos años fue triunfando en el Uruguay la idea de que la salud era como la seguridad social, es decir, completamente deficitaria y prácticamente insostenible, y como la demanda y las expectativas que al respecto existían eran tan grandes, todo eso podía llevar a un colapso.

En la seguridad social, efectivamente triunfó la idea del colapso y en el año 1996 se votó una reforma. En esos momentos se estaba abandonando la idea de que Uruguay podía sostener un sistema de salud solidario y empezó a crecer la concepción de que cada uno tenía que hacerse cargo de sus riesgos individuales. Como todos sabemos, existen riesgos propios de la vejez y de la infancia y los derivados de nuestros hábitos de vida. Esta idea de la responsabilización individual por los riesgos, frente a la de que es la sociedad la que tiene responsabilizarse –estamos hablando de la responsabilización colectiva– fue haciéndose carne en lo que algunos llamamos la arremetida de los años neoliberales de la reforma de salud. No era precisamente la propuesta de la reforma Solari, que, por cierto, iba en otra dirección.

Sin embargo, nada de esto ocurrió. El Uruguay tomó otra dirección, empezando –como señaló el señor Senador Solari– con una unificación del financiamiento y, digamos, el sistema se remutualizó. ¿A qué me refiero? La relación mutualismo-sistema público era del orden de un 50 a 50 o de un 60 a 40, pero cuando sobrevino la crisis de 2002, los que pagaban la mutualista de su bolsillo abandonaron el mutualismo y se refugiaron en el sistema público, con lo cual este explotó, pues eran los peores años, cuando había menos plata. Pero, como dije antes, a través de los cambios que se producen con la reforma de salud, el sistema se remutualizó. En la actualidad, aproximadamente el 58 % de la población se atiende en el mutualismo y un 32 % en el sistema público. A este último se le inyectó más dinero y al tener menos usuarios, aquella relación del gasto en salud entre un paciente público y uno privado cambió. Por supuesto, el paciente público es el pobre. Es más, la propia Constitución contiene la idea de que la salud

pública es para pobres. Pues bien, el gasto en salud para usuarios pobres pasó a ser el 30 % del privado. Quiere decir que el gasto en salud para los pobres se fue equiparando al de las clases media y media alta, y muchos pobres ingresaron al sistema mutual, con lo cual se produjo un fenómeno de equiparación en la calidad de atención que reciben unos y otros.

El Fonasa sustituyó a DISSE, que cubría solo a los trabajadores privados; entraron los públicos que faltaban y los hijos menores de dieciocho años –pensemos que solo estaba cubierto un 22 % de los menores de dieciocho años y ahora está cubierto el 50 %, aunque es cierto que no es la mayor población de riesgo–, los cónyuges, los jubilados y medio millón de adolescentes.

¿Qué se hizo y qué es lo maravilloso de la reforma de salud? Ese sistema irreformable pasó de una situación que los sociólogos llamamos de restructuración pasiva, –es decir, como no se puede implementar ninguna reforma, el sistema se iba ajustando como se podía, siempre con consecuencias malas para los más vulnerables–, a una restructuración activa.

El primer beneficio positivo de esta reforma es que el gasto de bolsillo en los tiques y órdenes, así como el gasto privado, fue disminuyendo, se fue imponiendo un sistema de financiamiento público, aunque nosotros querríamos que fuera total, al mejor estilo de las tradiciones europeas. La idea era llegar a un sistema de financiamiento unificado, en el que gasto de bolsillo o privado –a través, tanto del prepago, como de las tasas– se volviera más irrelevante. Efectivamente, el gasto privado, pasa del 50 % al 36 %, el gasto del bolsillo pasa del 22 % al 17 % y el gasto privado y de bolsillo, que es sumamente regresivo porque, en realidad, paga el que tiene y no el que necesita, mejora enormemente la equidad del sistema.

Ahora bien, el sistema público sigue atendiendo básicamente a los más pobres. Si en los sectores medios altos el sistema público atiende al 3 %, en los sectores bajos atiende al 55 %. Es decir que seguimos teniendo esa diferenciación, pues en Montevideo el sistema público representa un 15 % y en el interior el 29 %.

Hoy por hoy, estamos gastando casi lo mismo –un 80 %– en los pacientes más pobres que en el resto. ¿Eso está bien? Claro que está bien. Debemos pensar que entre los más pobres están los niños y, además, las mujeres. La mayor parte de los casos de los que habla el señor Senador Solari tienen que ver con la Maternidad. Algunos datos son escalofriantes: de las madres que se atienden en ASSE, el 40 % no ha culminado Primaria; el 26 %, tiene menos de diecinueve años; el 53 %, no tiene compañero o, por lo menos, no viven con alguien durante su embarazo y en la zona sur del país este porcentaje llega al 80 %. Esto quiere decir que los padres en esta zona del país están virtualmente ausentes, al menos desde el punto de vista de la convivencia, que es lo que importa durante el embarazo, o sea, el acompañamiento de todos los días.

Por tanto, estamos hablando de una población absolutamente de riesgo.

En cuanto a los recursos humanos, se habló de la conflictividad. Sin embargo, entre 2006 y 2011 aumentaron todos los cargos asistenciales en el sector salud: las enfermeras pasaron de 75 a 115; los médicos, de 95 a 117; y los anestésico-quirúrgicos de 85 a 117. Más aún, ASSE financió la apertura de una nueva Cátedra Anestésico-Quirúrgica como resultado de la falta de formación de médicos especialistas y de la reserva de mercado que se produce como consecuencia de la escasez de ese recurso humano.

Pues bien, ¿existe un caos en el sistema de salud? A mi juicio, no hay deterioro en el sistema de salud, los indicadores han mejorado pero, además, la gente lo último que percibe es que haya caos. La gente puede percibir las cosas muy mal, pero veamos lo siguiente. La salud no aparece en el primer lugar en el orden de menciones de los problemas del país, en el que sí aparecen la seguridad y la educación, y, si no me equivoco, la salud llega a un 2 %. El 54 % de la población aprueba el sistema de salud. Casualmente, son los usuarios más pobres y los del interior; con seguridad, los más beneficiados por la reforma.

En cuanto a la gestión del Ministerio de Salud Pública, el promedio de satisfacción, en una escala del uno al diez, está entre ocho y nueve. El señor Senador Solari insiste con un argumento cuya falsedad hace tiempo que está demostrada –en el sentido científico– y es que los tiques y las órdenes no funcionan como un elemento de restricción para acceder a la atención. Cuando se le pregunta a la gente por las razones de no atención, demora, distancia, tiques y órdenes, estos últimos representan menos del 2 % en el orden de mediciones. Quizás haya alguna otra información que desconozco, pero los usuarios no expresan que el pago de tiques y órdenes sea una causal para no atenderse en el sistema público.

El señor Senador Solari en la sesión del 30 de abril de 2013 de la Comisión de Salud Pública expresó: “De cualquier manera, hay un 82,8 % de los pacientes que confían, pero a contracenso de eso hay un 17,2 % que no confía o que tiene una confianza baja. Creo que la desconfianza aumenta, no por los errores –porque estos son humanos, todos cometemos errores– sino cuando la población sospecha que no se le está diciendo todo lo que hay que decirle, que no se le está diciendo la verdad”. La doctora Beatriz Silva

le dice al señor Senador que los datos no son así, en realidad, las personas que dicen que no confían en el sistema son el 2,9 %. El Senador Solari expresa: "En tercer lugar, respecto a las encuestas de satisfacción y confianza, no conozco ningún país del mundo ni ningún sistema de salud –ni el más malo que uno se pueda imaginar– en el que las encuestas de satisfacción no le den niveles muy altos de confianza, por una razón muy sencilla: es lo que hay y la gente expresa satisfacción por lo que tiene y no expresa insatisfacción o desconfianza tomando como punto de referencia lo que no tiene. Lo digo con bastante propiedad porque la última vez que fui Ministro, con el doctor Amorín realizamos dos encuestas de satisfacción de los usuarios de ASSE. Las dos encuestas dieron niveles altísimos de satisfacción", etcétera.

Entonces, ¿importa o no lo que dicen las encuestas? Me queda una confusión sobre este punto, pero eso es lo que dicen las encuestas.

Con respecto a las muertes evitables, vuelvo a lo que dijo el señor Senador Solari en la versión taquigráfica de la sesión del 30 de abril de 2013: "Además, voy a solicitar a Secretaría que haga llegar a cada uno de los integrantes de la Comisión y de los representantes de las instituciones presentes –Ministerio de Salud Pública y ASSE–, una copia de un resumen que realicé de lo que para mí son muertes "evitables", para mí son muertes "evitables", aunque el término es muy escurridizo, ya que resulta sumamente difícil tener la certeza de que una muerte podría haberse evitado, así como es muy difícil saber si un paciente que se salvó lo hizo gracias de las intervenciones que se llevaron a cabo y a la oportunidad de las mismas". Al parecer, la expresión "muertes evitables" es de lo más lábil.

La señora Ministra de Salud Pública contesta, en su momento, dando la definición del concepto de muertes evitables: "Una muerte evitable –así se designa por la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina– es aquella derivada de errores en el proceso asistencial que pudieron haber generado o no otro desenlace". Luego la señora Ministra agrega: "Una muerte inesperada es la que se produce en una persona que no pensábamos que se iba a morir".

En otra parte de su argumentación, el señor Senador Solari se refirió a un aumento muy ínfimo de la mortalidad neonatal precoz y dijo que creía que estaba entre un 7,6 % y un 8,4 %, cuando en realidad él sabe que la tasa bajó del 12 % al 7 % y que lo que importa es la tendencia a largo plazo. Esos datos de los años 2010, 2011 y 2012 no tienen que ver con las muertes evitables, sino con las muertes producidas por malformaciones congénitas. En fin, hay todo un estudio sobre esas muertes que se producen, pero siempre en el contexto de que en Uruguay es bajísima la tasa de mortalidad infantil y neonatal; creo que solo en Chile está por encima de ese porcentaje.

Respecto a las muertes evitables voy a decir lo siguiente. Hoy, la esperanza de vida de la mujer es de 81 años, por lo que el Uruguay del futuro estará lleno de mujeres viejas. Por cierto que estos 81 años tienen que ver, entre otras cosas, con la baja de mortalidad materna, que en el Uruguay está muy por debajo del promedio del Cono Sur; en Canadá esta tasa es un poco más baja, pero no mucho más.

En los años 2010, 2011 y 2012 las muertes maternas fueron alrededor de tres o cuatro por año; en los años noventa –y el señor Senador Solari lo sabe porque en alguno de esos años fue Ministro de Salud Pública– fueron catorce, doce, once y en 1997 fueron diecisiete. Ahora bien, algunas de esas muertes maternas fueron por abortos realizados en condiciones de riesgo. Sobre este tema, quiero decirles a los señores Senadores que si están muy preocupados por las muertes maternas, debieron haber acompañado la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, tanto por la despenalización del aborto, como por la ley en sí misma, que lo que hace es impedir por lo menos una de las causas de muerte materna.

Entonces, para todos los que se preguntan dónde se operarían, voy a hacer una reflexión femenina: si hoy fuera una mujer de dieciocho años, preferiría vivir en este mundo, con este Ministerio de Salud Pública y con esta ASSE, que haber vivido cinco, diez o quince años atrás. Reitero: si fuera una mujer de dieciocho años me sentiría muchísimo más protegida que lo que estuvieron todas las muchachas en edad fértil en los últimos veinte, treinta o cincuenta años. Por lo tanto, si yo fuera una mujer joven este sería el mejor sistema del mundo en comparación con los que existieron.

Me quedan unos pocos minutos para hacer uso de la palabra, pero quiero referirme brevemente a los planes, programas e intervenciones. La señora Ministra mencionó muchísimos, pero desde que existen las metas asistenciales –esto sí refiere a la reforma de la salud– la principal es el control del embarazo y del niño sano, y el control de los niños que no tienen cobertura asistencial, pues ello impacta en el desarrollo del futuro adulto.

Entre los años 2006 y 2007 se crea la Comisión Nacional para el Monitoreo y Reducción de las Muertes de Mujeres y además tenemos el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.

Tendría muchas cosas más para decir, pero se me acaba el tiempo.

Se habla de un riesgo de colapso del sistema mutual. No, señores. Tengo un estudio del Instituto de Economía que dice que se ha reducido enormemente el riesgo de colapso del sistema mutual porque ahora el financiamiento es público y eso genera un blindaje para el sistema. Si bien ningún sistema puede estar totalmente blindado, ello genera una enorme fortaleza, además de brindar datos sobre temas de los que antes no sabíamos nada de nada. Por ejemplo, más del 50 % de las mutualistas no estaban habilitadas reglamentariamente en el 2004 y no había registro de infraestructura, de logística y de recursos humanos. Entonces ¿cómo teníamos datos para sostener lo que afirmábamos? Por lo menos, ahora sí tenemos información.

Finalizo mi intervención con un comentario sobre la confianza. La conflictividad en el sector de la salud este año aumentó como resultado de la Rendición de Cuentas y de la apertura de la nueva ronda de negociaciones, pero, ¿saben cuánto aporta a toda la conflictividad laboral de este año? Nada más que el 2 %. En realidad, la principal conflictividad está en la educación y en los asalariados privados como resultado de la reapertura de las rondas de negociación.

Ahora bien, la confianza es un activo complicado de consolidar y muy fácil de erosionar. La población uruguaya parece tener confianza en el sistema de salud y, de hecho, el Uruguay está en su mejor momento de confianza y de optimismo país. Por eso, el uso de términos como: abuso de poder, apariencia delictiva, corrupción, corruptela, degradación, nombramiento de personas cargo, acusación, antecedentes de la Junasa, además de ser bastante necrofílico –no quisiera estar en la piel de ninguno de los familiares de los pacientes aquí mencionados–, en mi opinión, no colabora con la confianza en el sistema, que es un activo para su buen funcionamiento.

La información no precisa, los escándalos y la exposición tal como se maneja en la prensa, no son buenos para ese activo que hace al sistema. Debatimos para aprender e intercambiar información y ahora que la ciudadanía nos está mirando, también para que se informe, pero no ayuda a la democracia, a la confianza en este Parlamento ni, sin duda, al sistema de salud que no se dé el debate tal como sugirió el señor Senador Rubio, es decir, sosteniendo lo que es posible, con la evidencia científica que tenemos, y debatiendo después sobre orientaciones. Dicho de otra manera: no demos nombres, no hagamos acusaciones sin fundamento, ni demos noticias de un presumario, porque nada de eso ayuda. Sin dudas, sí ayuda el buen debate.

Muchas gracias, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Tiene la palabra el señor Senador Lamorte.

SEÑOR LAMORTE.- Señor Presidente: me gustaría referirme al tema de fondo que es el Sistema Nacional Integrado de Salud, pero como los señores Senadores que me precedieron en el uso de la palabra se refirieron a este tema, a los efectos de no tomar más tiempo y ser muy breve, simplemente voy a señalar algunos conceptos.

La Ley n.º 18.211 de 2007 de alguna manera pretendió empezar de nuevo, cuando ya teníamos ciento cincuenta años de medicina en el país con buenos resultados, con formación de médicos de alta calidad y se habían hecho un montón de cosas. Fue así que en un momento difícil, ante la necesidad de mejorar y dar solución a determinadas crisis puntuales, se intentó aplicar esta ley. Sin embargo, una ley –como todas las leyes– por sí sola no resuelve los problemas porque también importa la gestión y los conceptos que se tomen en cuenta.

A nuestro entender, el Sistema Nacional Integrado de Salud todavía no es un Sistema porque no está funcionando adecuadamente; tampoco es Nacional porque todavía no está integrado en Montevideo y en el interior, y con respecto al concepto Integrado de Salud, entendemos que no hay una complementación adecuada de servicios. En ese sentido, el señor Senador Solari planteó un tema referente al Banco de Previsión Social y a la prestación que podría dar.

En cuanto a la movilidad, no es necesario ser médico para saber qué sucede, por ejemplo, cuando una persona obesa quiere cambiar de institución: muchas veces queda rehén de alguna mutualista en particular.

Por eso, creemos que es necesario que este tipo de discusiones se lleven a fondo. Nos parece adecuado que el Parlamento se dé esta instancia de análisis, con la posibilidad de seguir trabajando y mejorando, y no desde una posición donde los Ministros pretendan el aplauso. Sería necesario que corrigiéramos los errores entre todos, con la responsabilidad que nos cabe a cada uno.

Hemos tratado de ser proactivos en esto, ya hemos conversado con dos Ministros de este Gobierno y hemos presentado proyectos de ley, por ejemplo, el que tiene que ver con la integración de las personas que padecen enfermedades raras. Nos parece que, en este momento, el Estado ha tomado solamente un rol de regulación en el que el control pasa más por un interés en la recaudación. Hay una cierta avidez en recaudar y el ejemplo de lo que vivimos estos días con el Fonasa lo muestra en forma clara. A las personas que colaboran, invierten o aportan más, se les está diciendo que no tendrán un reintegro y que tienen que seguir aportando más. Por tanto, nos parece que deberíamos reflexionar sobre el tema de la equidad

y pensar que todos debemos hacer un esfuerzo y no pedirle solamente a un sector en particular.

Entendemos que persiste una organización burocrática y la calidad operativa es cuestionable. Además, la triste realidad es que todos estamos aceptando una asociación de usuarios que está politizada y en la que hay gremios que trabajan bajo un concepto más político que el que deben tener los gremios médicos. Asimismo, a las mayorías parlamentarias les está costando reconocer los errores y parecería que solo puede haber dos posiciones y cada uno debe acuartelarse en una de ellas. Creemos que para superar esos errores tenemos que entenderlos –oposición y Gobierno– porque estamos hablando nada más y nada menos que de la salud de nuestro país.

Con respecto a las diapositivas y a las razones políticas que se manejaron, creo que debemos considerar si desde el punto de vista político se puso en los cargos a las mejores personas y a los técnicos adecuados o si en el caso de la salud hubo un recambio muy grande de cargos por razones fundamentalmente políticas y no técnicas. Personalmente, estimo que hubo un recambio importante de la gente que ya venía trabajando.

Supuestamente, las imágenes que vimos muestran la realidad pero, a nuestro entender, falta una gestión eficiente.

Con respecto al planteo de la señora Senadora Moreira sobre el tema del aborto, entiendo que la muerte de esos chiquilines que no vienen al mundo sería evitable y el Estado está colaborando con esa tarea. Ahora bien, más allá del tema de fondo, nos gustaría saber dónde aparecería eso en las gráficas y cuál es su posicionamiento. Además, cuando se consideró el referendo se nos decía que había infinidad de mujeres que morían por ese motivo, pero ahora vemos una proyección que muestra que la mortalidad materna habría bajado sustancialmente. Entonces, cuesta entender que, por un lado, se argumente que mueren infinidad de mujeres y, por otro, que estamos por fuera de esa situación.

Con respecto a las políticas internas de los gremios, creo que están incidiendo de manera negativa en el sistema y debería haber una reflexión con respecto a su ubicación y accionar.

Por otra parte, falta un ejercicio responsable de autoridad y un uso eficiente de los recursos con los que contamos.

Cabe señalar que no podemos dar la espalda a la rica historia del Uruguay, que hizo grandes esfuerzos en esta área. Nos parece que debemos ser proactivos. Parecería que siempre estamos apagando incendios, cuando debería haber un desarrollo a mediano y largo plazo que nos una a todos en torno a una solución definitiva.

Creemos que el sistema controla a otros, pero no a sí mismo y compite sin dar lo mismo que los demás. Por eso, creemos que debemos asumir la máxima responsabilidad para entender nuestros aciertos, pero también nuestros errores. Hay mucho para mejorar y en este tipo de temas no se puede priorizar solo lo político. Nos parece que a pesar de que el artículo 43 del Reglamento dice que en régimen de Comisión General el Senado no adoptará decisión de clase alguna, es nuestra aspiración que entre todos tomemos la decisión de trabajar en conjunto para encontrar soluciones sobre estos temas profundos, en los que se cometen errores y hay que mejorar.

Muchas gracias.

13) SOLICITUDES DE LICENCIA E INTEGRACIÓN DEL CUERPO

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Léase una solicitud de licencia.

(Se lee:)

SEÑOR SECRETARIO (Hugo Rodríguez Filippini).- "Montevideo, 4 de julio de 2013.

Señor Presidente de la
Cámara de Senadores
Contador Danilo Astori
Presente

A través de la presente solicito al Cuerpo me conceda licencia al amparo del artículo 1.º de la Ley n.º 17.827, de 14 de setiembre de 2004, por motivos personales por el día 4 a partir de las 18 horas.

Sin otro particular, saludo al señor Presidente muy atentamente.

Tabaré Viera Duarte. Senador".

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Se va a votar si se concede la licencia solicitada.

(Se vota:)

–21 en 22. **Afirmativa**.

En consecuencia, queda convocado el señor Senador Eduardo Malaquina, quien ya ha prestado la promesa de estilo.

14) LLAMADO A SALA A LA SEÑORA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA, DOCTORA SUSANA MUÑIZ

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Tiene la palabra el señor Senador Fernández.

SEÑOR FERNÁNDEZ.- Señor Presidente: es cierto que siempre debemos analizar el presente y mirar hacia el futuro y cuando analizamos el Sistema Nacional Integrado de Salud vemos un futuro promisorio para el país, porque el presente es muy bueno y así lo demuestra la información presentada por la señora Ministra.

Cuando el Senador Solari comenzó su exposición dijo que estábamos ante un caos en la salud. En ese momento anoté la frase y había pensado decir alguna cosa pero, siguiendo los buenos consejos del Senador Gallo Imperiale, decidí decir que me parece que el doctor Solari está confundido porque manifestar que estamos ante un caos es hacer un análisis tremendista de algo que no ha mostrado. ¿Cuál es el caos? Mejor dicho, habría que preguntarse qué es "caos" para unos y otros. Yo creo que caos en el sistema de salud del país fue la caída de las 16 instituciones de asistencia médica entre julio de 1986 y enero de 2005, que llevó a su liquidación y cierre con muchísimos trabajadores en la calle y usuarios desprotegidos. Recordemos que hoy las instituciones tienen la obligación de tomar a todos y cada uno de los ciudadanos que van a afiliarse; no hay más discriminación. ¡Antes sí había discriminación y eso sí que era caos y desigualdad! La gente andaba por todos lados tratando de encontrar una institución pequeña que la tomara y le brindara algún servicio. ¿Nos olvidamos de todo eso? Existían aquellas famosas instituciones de asistencia parcial.

Creo que la intervención del señor Senador Solari tuvo dos tiempos: primero utilizó una estrategia y luego la cambió. La primera vez salió pegando duro, diciendo que la salud no había avanzado nada y que, por el contrario, estábamos en retroceso y era un caos. Sin embargo, después dijo que no todo estaba mal y que había muchos aspectos para señalar como positivos. En ese punto, nos paramos de otra manera.

Por otro lado, cuando habló de la situación del Hospital de Canelones, sentí como si me dieran un golpe porque entendí que no era correcto plantear que el Gobierno estaba beneficiando a una cooperativa médica de Canelones. En realidad, hay que decir a la población que el señor Senador Solari se equivocó, y se equivocó feo, ya que en el Hospital de Canelones, tal como lo señaló la señora Ministra, no hay CTI. Entonces, el señalamiento del señor Senador Solari nos indica, por lo menos, que está confundido.

Por supuesto que este proceso deberá tener y va a tener cambios y mejoras, porque imagino que ninguno de los aquí presentes puede pensar en un mundo quieto, que se detiene. Yo no soy médico, pero tengo derecho a opinar como representante de la población desde un punto de vista político. Entiendo que los temas de la salud son fundamentales y constituyen derechos humanos esenciales que en este país se habían deteriorado en toda su línea. Es obvio que vamos a tener que seguir mejorando y cambiando permanentemente y también es cierto que hay muchos profesionales y alguna institución privada que no están de acuerdo con este sistema. Pero la inmensa mayoría, tal como señaló la señora Senadora Moreira, sí está de acuerdo con los cambios realizados. Es cierto que hay algunos problemas para conseguir atención en algunas sociedades médicas, pero eso no sucede en otras. Ahora bien; considero que el objetivo es que la salud funcione para atender a la población y no para generar la empresa de la salud o el negocio de la salud. A ese proceso es al que tenemos que seguir acostumbrándonos.

Señor Presidente: el Sindicato Médico del Uruguay ha firmado una importante cantidad de acuerdos y convenios, no solo con el Ministerio, sino también con ASSE. Por eso, no podemos decir que los médicos están en confrontación con este proceso; por el contrario, están comprometidos con él.

También quiero decir que a los uruguayos y a las uruguayas nos cuesta mirarnos a nosotros mismos y, muchas veces, dejamos los elogios para el momento de los homenajes, por lo que vemos las cosas cuando ya pasaron. Seguramente eso se deba a que cuando los hechos y las situaciones están lejos ya no nos comprometen. Lo que tenemos entre manos nos cuesta verlo. Este pequeño paisito es un ejemplo para el mundo en la lucha contra las empresas multinacionales del tabaco, por la defensa de la salud y también por la libertad de la población. Eso tenemos que señalarlo y unirnos en lo que significa ese tema porque es una cuestión de Estado. En ese sentido, repito, nuestro país está siendo un ejemplo en el mundo.

También quiero decir que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud señalan al Uruguay y a este proceso como un ejemplo por su organización, por el porcentaje de población cubierta y por los índices de mortalidad materno-infantil. Evidentemente, sobre este punto, el señor Senador Solari se guía por otro libro, porque el resultado para él es distinto. Lo cierto es que a nivel internacional estamos siendo ejemplo. Creo que estos hechos hay que asumirlos e internalizarlos. Por supuesto, aceptamos que hay que criticar y mejorar en aquellas áreas en las que no estamos funcionando bien. Quienes tienen la responsabilidad de dirigir la salud, de estar al frente de ASSE,

los profesionales, los Directores, los funcionarios y también los usuarios, todos tienen que participar. Precisamente, con respecto a estos últimos, existe una tendencia moderna en el mundo que es la de que los usuarios se defienden. También con relación a esto, quiero decir a los colegas que no hay una sola organización de usuarios, hay muchas y están funcionando muy bien en todo el país, más allá de que algunas lo hagan mejor que otras. Puede ocurrir que alguien intente poner el carné de su partido en el bolsillo a los usuarios, pero por lo que he podido comprobar al conversar con usuarios de todo el país, sé que ellos se identifican con los diferentes partidos que aquí existen. Creo que es fundamental para la defensa del servicio que haya participación de la sociedad civil, sin importar de qué partido son quienes dirigen el proceso. Ciertamente, se podrá criticar con argumentos la actitud de algún dirigente sindical, pero no es correcto y sí muy injusto hablar del movimiento sindical como algo que obstaculiza todo, cuando el movimiento sindical –todos lo sabemos y aclaro que no lo digo porque provenga de ese ámbito– no se reduce a la acción de sus dirigentes. El movimiento sindical está constituido en esencia por su gente, por los trabajadores y las trabajadoras, que son quienes lucharon en los momentos más difíciles. Después se habrá confrontado con uno u otro gobierno, pero siempre se actúa en beneficio de los trabajadores y tratando de ayudar. En lo que respecta al Sistema Nacional Integrado de Salud hay que leer las declaraciones de los sindicatos y después se podrá decir quién tranca más, pero insisto en que eso no ha sido un obstáculo para su desarrollo. Creo que de este proceso que hasta ahora ha sido excelente, puede decirse que es bueno o muy bueno, que hay avances de todo tipo y que hay rebajas en el precio de los tiques, pero no se puede decir que ese costo ha aumentado. Por mi parte, podría mirar hacia atrás –que es precisamente lo que no quiero hacer–, pero no hay que olvidar lo que pasaba en los años noventa, cuando había 3 enfermeras para 300 pacientes en el Hospital Maciel. Se ha llegado a decir que se prefiere morir a seguir en el campo de concentración en que se había convertido el Hospital Maciel, y sin embargo se habla de que ahora estamos peor. Si se piensa eso, hay que ir a los hospitales públicos, como yo lo hago, y ver los avances que se han logrado; sin dudas, falta muchísimo, pero hay grandes avances. Creo que no se puede analizar todo el proceso en función de algunos casos particulares que no dejan de ser importantes, pero que no hacen a la cuestión de fondo. Por ese motivo, pienso que el llamado a Sala en régimen de Comisión General nos ha permitido, sin duda, ver que hay cosas sumamente importantes en las que se ha avanzado, otras en las que, por cierto, habrá que mejorar, y otras en las que habrá que investigar para saber qué pasó, para dar al Senado las respuestas que, como tal, tiene derecho a recibir.

En síntesis, hay que saber que hoy el Uruguay, en esta materia, va caminando correctamente.

Muchas gracias.

SEÑOR LORIER.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Ernesto Agazzi).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR LORIER.- Señor Presidente: para nosotros este tema que hoy estamos debatiendo tiene una contradicción fundamental en su origen: si la salud de nuestra población es una mercancía o un derecho. Para nosotros la salud –no lo dudamos un instante– es un derecho de nuestra población y la reforma que está en curso quiere hacer efectivo ese derecho a la uruguaya, en un proceso donde participan actores públicos y privados, en el que pensamos que ninguno de ellos debe aprovecharse indebidamente del otro, donde debe haber una correcta, justa y equilibrada integración y participación para lograr, justamente, que esto se transforme en un derecho y no en una mercancía.

(Ocupa la Presidencia el señor Luis Rosadilla).

–Sabemos –es natural y no nos asombra que puede haber entre quienes entienden la salud como una mercancía; están, repito, en su derecho– que existen oposiciones y trabas para que se profundice su reforma, para que avance. Como bien lo señaló en particular el señor Senador preopinante, nosotros tenemos que ver los avances pero, a su vez, nunca dejar de ver lo que nos falta y lo que razonablemente surja de la población acerca de elementos que puedan ser críticos con nuestra gestión. Los tenemos que reconocer, pero para no autoflagelarnos, sino para superarlos.

(Ocupa la Presidencia el señor Alberto Couriel).

–En ese sentido, siempre debemos estar muy atentos a las dificultades y problemas que puedan surgir para inmediatamente correr a solucionarlos y estar, repito, muy cerca de nuestro pueblo. Por eso también comparto lo que señaló el señor Senador preopinante en el sentido de que aquí el movimiento sindical es el que ha instalado la necesidad de impulsar un gran movimiento, abarcativo de todos los sectores sociales, de todos los sectores que tengan que ver con la salud. Creo que a nadie que viva en el Uruguay escapa ese interés en defensa de esta reforma, en defensa de intentar impulsarla y mejorarla cada vez más. Bueno, es desde ahí donde ha partido este llamado que, sin duda, si lo llegáramos a concretar permitirá blindarla de todos aquellos que, repito, en su justo derecho –no negamos ese derecho–, puedan entenderla como una mercancía y pongan trabas a su mejor desarrollo. Al fin y al cabo, la salud, junto con la vivienda y la

alimentación, es un insumo básico para el desarrollo –así la vemos nosotros– de nuestra población y para el Uruguay productivo con justicia social.

El señor Senador Solari señalaba –y lo compartimos totalmente– cuán importante es el tema de la niñez, el tema de los primeros meses de vida, el tema del desarrollo del feto en esos tres primeros meses claves, para luego tener seres humanos que piensen con un cerebro completo, con una potencialidad total para ver el mundo como quienes hemos tenido la suerte de nacer en otros hogares. Creo que el señor Senador se olvida que, en determinado momento, en este país –y alguien tiene que hacerse la autocrítica– había 150.000 niños que estaban en la indigencia, que no comían todos los días, que comían hasta pasto. Esa es una realidad que cuando hablamos abstractamente no podemos olvidar que ocurrió en este Uruguay. Tampoco podemos olvidar que había 600.000 niños que vivían por debajo de la línea de pobreza, en un fenómeno que nos caracterizó muy mal en todo el mundo y que se denominó "infantilización de la pobreza". ¡Esos niños nacieron con un déficit y alguien tiene que asumir la responsabilidad mínima! Entonces, no se pude venir aquí –no voy a profundizar sobre quienes estaban o no en el Gobierno en momentos en que eso ocurría– a hablar de estos temas sin un mínimo de autocrítica, porque son hechos objetivos y son herencias tremendas que aún hoy, y creo que por varias generaciones, este país va a tener que sufrir. Muchos de los problemas sociales que el Uruguay debe enfrentar hoy, como la delincuencia y los fenómenos vinculados a la drogadicción en sus peores formas, tienen que ver con todo esto que arranca cuando miles de familias uruguayas tuvieron que dejar sus casas y comenzaron a florecer los asentamientos y las ollas populares por todos lados. ¡No nos olvidemos de aquellas épocas!

Cuando aquí se viene a criticar a los trabajadores de la salud tampoco podemos olvidar el desastre que vivió el país cuando se cerraron varias instituciones de asistencia médica, quedando sin atención miles y miles de uruguayos de un día para el otro, y cuando miles de trabajadores quedaron desocupados. ¡Ah no!, creo que esto también tenemos que analizarlo, porque ya no ocurre.

Tengo en mi poder algunos informes que señalan que en este país hay 38 instituciones de asistencia médica colectiva; repito, 38. De ellas, 24 mejoraron sus resultados económicos durante el período que va de octubre del año 2011 al mes de setiembre de 2012. Este es un hecho concreto, este es un hecho objetivo: de 38 IAMC, 24 mejoraron sus resultados económicos. La realidad también es compleja porque, al mismo tiempo, hemos reconocido que existe otro grupo que no mejoró su resultado económico. Sí, el resultado económico del sector mutual en el ejercicio que mencionamos fue deficitario en 2,43 %. Ahora bien, los resultados operativos se ubicaron en valores cercanos al equilibrio en el ejercicio 2010, mientras que en el 2012 la gestión operativa fue deficitaria en 1,2 % de los ingresos. Esas son las cifras y este comportamiento se explica por causas muy concretas: tiene que ver con el déficit operativo de las instituciones de la capital, en particular de tres de ellas que, en promedio, presentan un déficit operativo del orden del 6 % de sus ingresos. Pero así como decimos esto, también debemos señalar que estas tres instituciones –que no voy a nombrar– tienen una población mayor de 65 años, nivel que es muy superior al promedio del resto de las mutualistas. Por lo tanto, en el sentido de la perspectiva, se espera que la mejora de los ingresos vinculados a la incorporación de los pasivos en el Fonasa sea considerablemente mayor que para el resto de las instituciones. Es decir, vemos la realidad en su complejidad, ni blanca ni negra, sino gris, y también la perspectiva, que esperamos se concrete a la luz de estos números y de estas realidades.

Para terminar, quiero decir que acá se han dado explicaciones en el tono que correspondía, con la tranquilidad y la capacidad técnica que se requería, sin caer en descalificaciones ni adjetivaciones. Se ha mostrado todo lo que se ha avanzado, sin ser, de ninguna manera, autocomplacientes.

SEÑOR PASQUET.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR LORIER.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Puede interrumpir el señor Senador.

SEÑOR PASQUET.- Señor Presidente: no quise interrumpir al señor Senador el desarrollo de sus ideas y por eso esperé hasta que me pareció que estaba llegando al final de su exposición, pero quiero señalar lo siguiente. El señor Senador Lorier en esta oportunidad, como en otras, utiliza un procedimiento, una forma de razonar que, evidentemente, le parece que es correcta y por eso la usa, pero, a mi juicio, no lo es.

Cuando se refiere al pasado con la finalidad política y legítima desde su punto de vista de atacar a los partidos tradicionales que hoy estamos en la oposición, va una y otra vez, aunque se hable de distintos temas, a la crisis de 2002, tomando los datos y los fenómenos de lo que estaba ocurriendo en ese entonces. Y, además, comprime toda la Historia Nacional anterior al Frente Amplio en el año 2002, preguntándose qué hicieron los partidos tradicionales o, en particular, el Partido Colorado, hasta que llegó el Frente Amplio, y respondiéndose que hay que ver los datos de la crisis de 2002 para tener una explicación; que

hay que ver la desocupación, las estadísticas de salud y todos los indicadores que se quieran. O sea que la verdad de la historia del país antes del Frente Amplio se resume en las cifras del año 2002. Eso evidentemente es falso, señor Presidente; eso no es así. En el año 2002 hubo una crisis que tuvo efectos devastadores sobre el país y sería absurdo pretender negarlo; y nadie lo niega. Pero antes de eso pasaron muchísimas cosas y este país evolucionó en muchos sentidos muy positivamente cuando el Frente Amplio estaba en la oposición y no en el Gobierno. Esto ocurrió en todos los campos; en la educación, en la salud y en muchas otras cosas teníamos la distribución del ingreso menos desigual de América antes de que llegara el Frente Amplio, cuando este decía que ese dato no tenía ningún valor porque ello sucedía en el continente más desigual del mundo, que es lo mismo que sigue pasando hoy. Si miramos algunos indicadores de salud –lo digo asumiendo riesgos porque no soy médico y no sé nada de esto– que manejó la propia señora Ministra, podremos ver que hay cosas que vienen mejorando desde los años sesenta, como la reducción del índice de la mortalidad materno-infantil, cuya gráfica mostraba que viene cayendo desde ese entonces. ¿Por qué? ¿Por mérito especial de algún Gobierno? No, señor Presidente, más allá de las buenas gestiones que seguramente hubo en años anteriores, mejoran porque la tecnología y la ciencia están avanzando permanentemente y eso impacta aquí también. Estoy seguro de que si tomamos diez indicadores médicos del lado que quieran veremos que mejoran históricamente, porque en el mundo mejoran, porque la ciencia y la técnica avanzan.

La señora Senadora Moreira dijo que si se tenía que atender prefería hacerlo hoy y no hace cinco, diez o veinte años, y yo también; pero eso no tiene nada que ver con el Gobierno, sino con que hoy la medicina sabe mucho más de lo que sabía hace cinco años o un año. Y con las tecnologías médicas pasa lo mismo. Entonces, no hagamos abstracción de lo que es el curso general de la civilización, del progreso, del avance de la ciencia y la tecnología, que vaya si repercute en el campo médico también. En el campo de la historia política no pretendamos simplificar todo tan absurdamente al punto de que lo que puede decirse de la gestión del Partido Colorado se comprime en el año 2002, ignorando todo lo que ha sido una historia de progreso y de avance que nos posicionaron como un país de referencia en América muchísimo antes del 1.º de marzo de 2005.

Esto no es una contribución específica al debate de esta tarde, sino que es una contribución a lo que estimo debe ser un marco general para razonar sensatamente sobre los temas del país.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Puede continuar el señor Senador Lorier.

SEÑOR LORIER.- Señor Presidente: con respecto a las apreciaciones del señor Senador Pasquet debo decir que, quizá, no escuchó cuando me referí al cierre de muchas instituciones en nuestro país ocurridas no en el 2002, sino antes. ¡No; no!, en el 2002 hubo problemas, pero los cierres fueron anteriores. Los picos de mortalidad de los años 1991 y 1997 mostrados en la gráfica se dieron antes de la crisis del año 2002. Y había Ministros en esa época, ¿verdad? No quise retroceder y particularizar, pero reitero que en esa época hubo Ministros y picos de mortalidad materno-infantil en los años 1991 y 1997. Eso lo vi en la gráfica: ocurrió antes de 2002. Por lo tanto, centralizamos todo en el año 2002 por uno de los temas que mencionó el señor Senador Solari: la niñez y la importancia de su buen desarrollo para un país. Es eso lo que señaló y por eso digo que debemos mirar estas cifras. Reitero: el cierre de las mutualistas y el problema de los desempleados como también el de los usuarios tuvieron lugar mucho antes. Como hoy ocurren determinadas cosas, nuestra población tiene el derecho a exigir cada vez más, pero también nosotros tenemos el derecho a recordarle algunas cosas que antes ocurrían y la necesidad de valorar y comparar. Repito: ¡y comparar! Nosotros también tenemos derecho a decir que no nos debemos acostumbrar solamente a lo bueno, más allá de que hemos señalado hasta el cansancio que tenemos dificultades, que tenemos problemas. Es muy de izquierda mirar eso de frente y tratar de solucionarlo de la mejor manera posible y rápidamente.

Digo esto un poco respondiendo a la respetuosa intervención del señor Senador Pasquet, que no comparto.

Señor Presidente: finalizo diciendo que nos ha parecido un muy buen debate, un debate importante que se ha dado este Senado, un debate que aporta, que contribuye, más allá de algunos momentos complejos que en este tipo de instancias naturalmente se dan.

Muchas gracias.

SEÑOR ROSADILLA.- Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra el señor Senador.

SEÑOR ROSADILLA.- Señor Presidente: llevamos más de nueve horas debatiendo este tema y quisiera hacer unas breves reflexiones.

En primer lugar, que hoy fuimos convocados para discutir el estado de situación y funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, con énfasis en

la calidad de la atención brindada durante el embarazo, el parto y el puerperio. Obviamente, las convocatorias no pueden convertirse en bozales, pero todos sabemos que cuando se convoca a autoridades de Gobierno, aquello es como una base o una referencia y no necesariamente una celda de donde uno no se pueda mover. Pero también –quiero decirlo con humildad– creo que no fuimos mucho más allá de lo naturalmente pensable para la sesión de hoy. Y lo digo porque esperaba un debate por lo alto, en el que además se volcaran cuestiones esenciales para quienes, como en mi caso –supongo que es también el de otros señores Senadores–, no somos especialistas en la materia, aunque hay algunas cosas que sabemos. En realidad, los sistemas de salud son la contracara de la forma en que una sociedad vive; el sistema de salud está hecho para cubrir eventos que mucho tienen que ver con la calidad de vida de la gente –no necesariamente es siempre así; no calza exactamente–, y por eso aquí se dijo varias veces –y con razón– que cuando hay situaciones complejas en los sistemas de salud, los más afectados son los más infelices, los menos privilegiados, los sectores de menos recursos, de menos formación, de menos ingreso y de menos cultura. No nos olvidemos, además, de que para los sectores más pobres, que coinciden con los sectores de menos desarrollo, la salud funciona como una especie de cosa mágica, como el brujo de la tribu en quien la persona deposita su confianza y espera un resultado.

Creo que muchas de las cosas que hoy se volcaron, se plantearon en forma desordenada, sin darles la prioridad correspondiente. No me parece que sea un elemento relevante la posición de Uruguay en el concierto internacional, aunque está bien decirlo. Pienso que los países se deben comparar consigo mismos, con su historia. Uruguay es un país que ha tenido una historia, con altibajos, de inversión social importante y de sistemas en lo social tan relevantes que siempre tuvo diferencias con la región. Y no es menos cierto que hay que registrar, en cada tiempo, las tendencias y, en ese sentido, creo que es un error negar, no reconocer; que hay un tiempo –que abarca unos seis o siete años a partir de la reforma– en el que todas las tendencias nos dicen que estamos en una fase de superar dificultades, de crecer en servicios, de mejorar cobertura y de ampliar los servicios de salud. Creo que también es un error discutir desde casos particulares, y voy a ejemplificar en un minuto lo que quiero decir.

En otras materias que de alguna manera manejo mejor, sé que hay quienes se sienten tentados a discutir en relación a una política de Estado, como son las Misiones de Paz, tomando como base si en tal o cual lugar u oportunidad algunos soldados tuvieron tal o cual incidente. Y discuten la política del Estado con respecto a las Misiones de Paz tomando casos parciales, cuando lo que se debe discutir es otra cosa. De la misma manera, me parece que si un sistema atiende a más de un millón de personas y tiene miles y miles de funcionarios, no es adecuado empezar a discutir sobre ocho, diez, doce o catorce casos. ¿Qué se quiere demostrar con esos casos?

Es casi una debilidad estructural del discurso plantear los problemas del Sistema Nacional Integrado de Salud basándose en una recorrida de ese tipo. Y lo digo con humildad, pues quien ha hecho esto es una persona que sabe mucho, pero repito que creo que es una debilidad del discurso. Podrían haberse dado instancias para interpelar a un Ministro y preguntarle qué ocurre con esto, esto y lo otro, aclarando que para eso se lo convocó.

También sería un error si, al ponernos a discutir acerca de la situación del empleo en Uruguay, tomamos la situación de cincuenta desempleados; a pesar de que tenemos un 6 % de desempleados, nos va a parecer todo un drama. Eso no puede dar la pauta de cómo está la situación del empleo en el Uruguay, porque estaríamos siguiendo un camino equivocado, aunque nos duela cada desocupado, cada persona que, queriendo trabajar, no puede.

Y en materia de salud, señor Presidente, es aún peor, porque el desocupado estará desocupado, pero de alguna manera se arregla; en cambio, cuando por ausencia, tardanza, mala praxis o, peor aún, por desidia o desinterés del sistema de salud, se produce algún evento irreversible, es cien por ciento irreversible. En esos casos solo caben el dolor y la solidaridad con quienes lo padecen, sus familias y sus amigos.

No se puede querer establecer un juicio genérico sobre la base de un conjunto de datos sueltos, aunque no me niego de ninguna manera a discutir eso en cualquier ámbito; es bueno y oportuno que se discuta, que se sepa y que se transparente. Si vamos a discutir acerca de la situación y el funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Salud, con énfasis en la calidad de la atención brindada durante el embarazo, el parto y el puerperio, creo que el camino no fue el mejor.

En un momento tuve algo de esperanza, ya que el Senador Solari comenzó a hacer la crítica a la reforma del sistema de salud dando argumentos en relación a cuál había sido el orden de la instrumentación de esta reforma. Pero lamentablemente esto fue un *flash*, un minuto, la parte más breve de toda su intervención. Justamente ahí hubiera querido saber más, sobre todo porque podía decir muchas cosas de valor para ser tenidas en cuenta.

Señor Presidente: los países, en su marcha, no son trenes que tienen una vía por la que andar, con

un inicio y un destino predeterminado, del que no se pueden apartar, y tampoco son bicicletas que se dan vuelta en el camino. Son más bien –y mucho más en países como el nuestro– como barcos, cuyo trazo y maniobras pueden verse y manejarse con tiempo.

Es bueno que todos estemos preocupados por mejorar esto. Y no voy a cometer el insulto de pensar o prejuzgar que alguno de los aquí presentes, que algún uruguayo o algún ser humano tiene una mala actitud o una mala onda en relación a un tema tan importante como el de la salud. Por eso tampoco me gustan las generalizaciones.

Los servicios de salud no podrían funcionar sin el portero, sin la limpiadora, sin la que cocina, sin la enfermera, sin la *nurse* y, obviamente, mucho menos sin los médicos, pero todos ellos juntos hacen el sistema, y ahí hay prioridades. Yo reconozco que existe una prioridad, y que la deben tener los médicos y los técnicos que, por debajo de los médicos, también tienen calificaciones. Evidentemente, en cualquiera de esos colectivos hay gente que se desloma y que da la vida por cada paciente, hay otros que hacen lo justo, es decir, lo que marca el contrato, y hay otros que ni siquiera hacen lo que indica el contrato. También habrá, como aquí se dijo, quienes tienen desviaciones inconcebibles, pero eso no hace al sistema.

En definitiva, creo que nos quedamos debiendo mucho como colectivo en este debate. Se volcaron muchos números y yo quiero sumar algunos que no se mencionaron.

Las consultas por usuario en 2001 eran de 3,3, y hasta el 2007 siempre fueron creciendo, hasta llegar a 4,72. El gran salto se da entre el 2007 y el 2012, cuando pasan al 6,93. Así sucedió con los egresados por cada mil usuarios y con las intervenciones quirúrgicas por cada mil usuarios; allí hay un salto claro, y me parece que eso debe ser reconocido. Pero si tomamos solo eso, también nos quedamos cortos en el análisis, porque en realidad lo que deberíamos discutir es si con el reconocido impulso que se ha dado a las políticas sociales en general y al sistema de salud en particular, los resultados que hemos tenido están por debajo, por encima, o en lo esperado –porque además todos reconocemos que le hemos dado un muy fuerte impulso–, y qué cosas podríamos estar haciendo mejor. Voy a mencionar una que a mí particularmente me enoja mucho y que ya he comentado a varios compañeros que tienen responsabilidad en la salud: cada vez que paso por el Centro Coordinado del Cerro y veo una cola de más de ciento veinte personas pienso: “Yo soy parte de esto, porque si este tipo que está en la cola no estaba enfermo cuando llegó, lo va a estar cuando se vaya”. Esas con cosas a mejorar; ¡claro que sí! Y no creo que ninguno de mis compañeros que están en el Poder Ejecutivo, en ASSE o en el Ministerio no tengan la misma sensibilidad que yo y que todos los aquí presentes; creo que es una ofensa grave pensar distinto. Me lo tienen que probar; me tienen que probar que alguien está contra la salud del pueblo, que la ve con despreocupación o que especula en términos politiqueros.

Creo que a veces nos mareamos y no aprovechamos el tiempo para la discusión. Además, ahora que muchos uruguayos pueden –más que antes– seguir estas sesiones, tendríamos que aprovechar la importante cantidad de horas de trabajo que hemos tenido para centrarnos más en los temas.

Agradezco a las autoridades del Ministerio y de ASSE la información y sus intervenciones –reconozco que todas ellas han tenido elementos que me han hecho pensar y que me obligan a buscar respuestas–, pero quiero decir que me quedé con un sabor agridulce porque esperaba mucho más de una discusión que pensé que iba a tener otra altura.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Continuando con la lista de oradores, tiene la palabra el señor Senador Abreu.

SEÑOR ABREU.- Voy a ser breve.

He seguido con mucho interés este tema, entre otras cosas porque aquí se hicieron afirmaciones muy fuertes y muy duras, pero también se debatió, no solamente sobre los asuntos puntuales, sino también sobre algunos aspectos de carácter general.

En su momento nosotros acompañamos en general la ley de reforma de la salud votada en 2008, que obviamente se basó en la generalización de un aporte de los trabajadores uruguayos a través de un porcentaje del sueldo. Este enorme fondo es administrado por el Banco de Previsión Social y la verdad es que este sistema tiene una dependencia muy fuerte y muy clara –en una relación mucho más lineal– con el nivel de empleo de la población. Antes existía la solidaridad intergeneracional: el aporte igualitario de todos los ciudadanos a través de las cuotas mutuales personales, o de las obtenidas por negociación mediante los seguros de las Cajas de Auxilios de los trabajadores, y posteriormente por el instrumento que se llamó Disse. Con el Sistema Nacional Integrado de Salud pasamos a aportar una cuota personal basada en el riesgo, calculada por sexo y edad; también se aplica ese riesgo en los servicios sanitarios. Como todos sabemos, este tema todavía no se ha instrumentado completamente, por razones puntuales –por decirlo así–, para algunos grupos –por ejemplo, funcionarios municipales–, y para los jubilados mayores de 65 años, a quienes se viene incrementando anualmente el aporte hasta julio de 2016, cuan-

do estos últimos pagarán el total que les corresponda en relación con el riesgo de uso.

¿Cómo se tiene que proceder si uno no conoce ni es especialista en la salud? Lo que uno hace es buscar asesores para que le den la información adecuada, y puedo decir que he encontrado asesores que, más allá de sus posicionamientos políticos, tienen la misma preocupación que planteaba el señor Senador Rosadilla: aquí de lo que se trata es, precisamente, de mejorar el sistema de salud, porque lo menos que se merece la población es tener un nivel igualitario o, por lo menos, una adecuada calidad de salud.

Por diversas causas, el sector mutual ha mantenido una asistencia de mejor calidad, pero arrastra una deuda financiera de más de US$ 350:000.000 –ese es el caso del Casmu, Casa de Galicia, Impasa, el SMI–, que es más pronunciada en aquellas instituciones que tienen mayor porcentaje de personas de más de 65 años entre sus afiliados, como consecuencia de lo que he expresado.

En la medida en que ha podido, la población se ha pasado al sector semiprivado; estoy hablando de unas 400.000 personas. Esto sucede porque el sector público tiene determinadas incapacidades, digamos, para competir con el sector semiprivado, a pesar de las rígidas regulaciones que, por razones de fondo –aunque algunos aducen que son ideológicas–, se vienen imponiendo al mutualismo. Lo que ASSE no ha podido hacer es retener sus recursos humanos y va de conflicto en conflicto; ha venido perdiendo la capacidad de gerenciar, por designaciones identificadas –por llamarlas de alguna manera– o por manipulación de algunos recursos –es uno de los comentarios que se hacen–, a veces muy cuestionados o, como dicen algunos, nunca vistos en la historia. En el sector público hay un déficit que no se expresa en dinero, sino en la calidad deficitaria de la prestación de los servicios de salud, con denuncias como las que hizo el señor Senador Solari, que a veces son parte de la cotidianidad o de la experiencia, pero que no dejan de ser denuncias diarias de carencias graves, o del eufemismo de “muertes evitables”, como si el adjetivo que le agregamos pudiera cambiar algo.

Como consecuencia de estos malos diagnósticos a los que llegan las autoridades, señor Presidente, cada vez se compran más servicios al sector mutual. Miren en qué termina el sistema: cada vez se compran más servicios al sector mutual, inclusive para la realización de cirugía ocular, a pesar de tener un hospital exclusivo para ello gestionado por personal extranjero. También se ha diagnosticado que el país carece de especialistas, cuando el Uruguay ocupa el lugar número diecisiete en el mundo en cantidad de médicos por habitantes, por encima de América del Norte y de Europa.

Uno no se resigna –es algo que debería solucionarse– a que en el sector público siga primando la asistencia en la urgencia de los hospitales, con su lógica consecuencia de atención tardía y una mayor incidencia en los errores. Según la información que hemos recibido –y que hemos tratado de entender– sobre este tema, incluso a partir de los comentarios que se hicieron en el debate en el Plenario, esto es así porque no se ha desarrollado adecuadamente el primer nivel de asistencia. Si hiciéramos un diagnóstico correcto, nos daríamos cuenta de que la gente necesita, primero, un cambio en el primer nivel de asistencia y, en segundo lugar, una misma forma de trabajo y de remuneración en el sector mutual. Insisto en que con esas dos medidas –un cambio en el primer nivel de asistencia y una misma forma de trabajo y de remuneración en el sector mutual– quizá podríamos entrar a dar alguna solución racional a lo más grave, lo más difícil, que es enseñar a administrar la burocracia de ASSE. ASSE solo cambiaría si su funcionamiento y su supervivencia dependieran de la satisfacción de los usuarios, y acá el único que no tiene sindicato es el usuario, quien en general tiene sus problemas y publica sus dramas y dificultades en todos los ámbitos, pero no tiene una expresión colectiva para decir que la asistencia no es la más adecuada.

Entonces, uno piensa: ¿cuáles son los riesgos para el futuro? Yo lo planteo como contribución, como preocupación y como una persona asesorada en este tema, simplemente para intervenir e intercambiar ideas con quienes están al frente de esta responsabilidad. El sector va a depender cada vez más de Rentas Generales y, por lo tanto, estará muy vinculado a la disminución o al aumento de la tasa de empleo. Al recibir las cápitas desde un pagador único, a las instituciones les va a interesar cada vez menos la competencia, con su consecuencia de atraso y desmejoramiento en la prestación del servicio, porque para mejorar la asistencia se necesita inversión. Entonces, da la sensación de que más allá de los esfuerzos, no se han corregido los problemas estructurales de las políticas de salud; solo se ha cambiado en forma sustancial e importante la fuente del financiamiento. Ante esto uno se pregunta qué se puede hacer en esta discusión, porque puede ser muy cómodo venir aquí y jugar al tiro al pichón y empezar a decir que la culpa la tiene Fulano, Mengano o Perengano, como tantas veces se hizo hace muchos años, aunque no es cuestión de estar mirando para atrás porque el revanchismo es un muy mal consejero.

Si tuviera que proponer algo de lo que ha hecho mi equipo de trabajo en salud –y no del señor Senador Abreu, quien únicamente se comporta como un enfermo disciplinado cuando tiene que atenderse–, comenzaría por plantear la necesidad de desarrollar un primer nivel de asistencia adecuado, basado en que cada ciudadano tiene el derecho a la salud y,

además, le asiste el derecho a elegir al médico de su conveniencia.

Otra preocupación que quiero trasladar es que ese derecho no esté limitado por razones geográficas o de residencia, y para ello habrá que buscar la radicación de los médicos en distintas zonas, por medio de incentivos adecuados. Creemos que si se da un incentivo económico adecuado, podríamos cambiar la ubicación geográfica de los médicos y asegurar una presencia más o menos distribuida en todo el territorio nacional.

Quiero hacer otra propuesta, aunque pueda pensarse que lo mejor es internar al señor Senador Abreu y, en ese sentido, no pido que se haga en beneficio de lo que había propuesto el Gobierno en el sentido de financiar los hospitales Santín Carlos Rossi y Etchepare con las pensiones de los enfermos psiquiátricos. Afortunadamente, esto fue derogado del Presupuesto, ya que habíamos entrado en el delirio absoluto de pensar que los enfermos psiquiátricos financiaran con sus pensiones los servicios de salud de ambos hospitales. Me interesa recordar que el señor Senador Penadés estuvo en esa oportunidad y que, afortunadamente, el Gobierno tuvo la sensibilidad de eliminarlo de la discusión en aquel momento.

Por otro lado, me parece importante que se genere competencia entre los mecanismos de pago y que la satisfacción del ciudadano, del que recibe la prestación de salud, guarde relación con el cumplimiento de los objetivos sanitarios que se plantee el Ministerio o el Poder Ejecutivo en el marco de las políticas públicas. Esto tiene una sola solución y es que la remuneración de los médicos sea la misma en el sector público que en el mutual. A esto se me podrá responder que sí o que no, pero propongo que mediante la equiparación de las remuneraciones entre el sector público y el privado y los incentivos, se pueda ir avanzando en lo que tiene que ver con la distribución de los médicos en forma igualitaria, como forma de atender las necesidades en todo el territorio nacional.

Luego se plantea la mejora del segundo nivel y la ubicación y mejora del tercer nivel, ya que el desarrollo está condicionado en forma fundamental por la población dependiente de nuestro país, con escasa influencia de la geografía para ese acceso. Entonces, se determinará dónde se encuentran las verdaderas áreas deficitarias, tema que no debe estar lejos de nuestra preocupación. Por lo tanto, dejo estas propuestas porque tienen que ver con temas que me preocupan. Podrán ser útiles o no y lo cierto es que estamos acostumbrados a no prestar atención al esfuerzo que hacemos quienes tenemos la preocupación de pedir a alguien que sepa, que nos diga qué podemos hacer sobre determinado tema.

Reitero que creo que es importante el desarrollo del primer nivel de asistencia, en el concepto de que a cada ciudadano le asiste el derecho a elegir el médico de su conveniencia en el marco de su derecho a la salud. Además, insisto en que ese derecho no puede estar limitado por razones geográficas o de residencia y para eso el incentivo económico para que los médicos se radiquen en zonas distantes será muy relevante. A su vez, habrá que introducir mecanismos para que la competencia permita mejorar la satisfacción de los ciudadanos y el cumplimiento de los objetivos y, por último, considero que para que la asistencia sea igualitaria, habrá que equiparar la remuneración de los médicos en los sectores público y privado. Quiere decir que la mejora en el segundo y tercer nivel estará condicionada por la población dependiente y, obviamente, por los aspectos geográficos. Finalmente, proponemos continuar e intensificar la aplicación de las tecnologías de información y comunicación en salud para una mejor gestión en la prestación y en la administración.

Acabamos de llegar de una reunión de alcaldes de todo el país y allí uno de ellos nos comentaba que en una determinada ciudad del interior de su departamento hay veintidós pacientes de diálisis a los que hay que trasladar más de cien kilómetros, tres veces por semana para que puedan hacerse el tratamiento. Nos comentaba que con el costo que implica llevarlos y traerlos, bien se podría crear un centro de diálisis en esa ciudad, sin tener que hacer ese lamentable turismo sanitario que se produce hoy en nuestro país en lo que tiene que ver con la diálisis y con otros aspectos.

Por todas estas razones, trasmito mis preocupaciones y hago estas propuestas. En lo personal, no puedo agraviar al Gobierno diciendo que quiere hacer las cosas mal, pero generalmente, más allá de las buenas intenciones, las cosas pueden salir mal –como sucede en algunos casos– y por eso planteamos nuestras ideas con firmeza y humildad, sabiendo que aquí el que no tiene sindicato es el enfermo que es quien sufre más, quien padece deficiencias en la atención, el más pobre y el que está en el interior profundo del país. El otro día descubrí que en una ciudad del interior solo tenían una ambulancia y que esta no tenía camilla, de manera que si había que trasladar a un enfermo acostado tenían que hacerlo en la caja de una camioneta.

Simplemente pretendo hacer un aporte y una reflexión, con el objetivo de dejar en claro que merecemos una mejor salud para todos.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- La Presidencia informa al Cuerpo que dado que no hay más oradores anotados, se dará la palabra a quienes se concedió libertad de tiempo para que puedan hacer una última exposición.

Tiene la palabra el señor Senador Solari.

SEÑOR SOLARI.- Señor Presidente: inicié la primera alocución afirmando con total responsabilidad que el Sistema Nacional Integrado de Salud era un caos en progresión y, lamentablemente, tengo que cerrar mi intervención reafirmando eso y, además, reflexionando en el sentido de que no hay peor ciego que el que no quiere ver. A veces, parecería que es más importante lo que pasó antes de 2005; que las denuncias corresponden a casos puntuales o que el lenguaje es tremendista, pero por ese camino no vamos a mejorar. Mis compañeros en la Comisión de Salud Pública saben que trabajo allí con el mismo ahínco y espíritu de cooperación que adoptaría si el Gobierno fuera de mi partido. Por tanto, creo que eso me da derecho a opinar, al menos, con responsabilidad moral, aunque no tenga siempre el conocimiento más apropiado.

En cuanto a los problemas que tuvo la salud, previo a 2005, cuando fui Ministro, cuando le tocó gobernar a mi partido y cuando le tocó gobernar a otro, podremos discutirlo cuando quieran y donde quieran; no tengo ningún temor o reparo. Se han dicho cosas que no son ciertas, que quedaba gente desempleada y usuarios sin protección, pero este no es el momento de discutirlo porque ahora estamos analizando el estado de situación del Sistema Nacional Integrado de Salud y cómo ayudarlo a ser exitoso. Eso es lo que estamos discutiendo y lo otro lo analizaremos en otra oportunidad con muchísimo gusto. Por mi parte, de ninguna manera rehúso esa discusión.

Se afirma que la población tiene una opinión favorable con respecto a la reforma de la salud. ¡Bienvenida! ¡Cuidémosla!, porque si perdemos esa confianza de la población, que se está erosionando –porque el nivel de aprobación hoy, 2013, no es el mismo que el que hubo en 2012 ni, mucho menos, el que había en 2011–, será enormemente difícil recuperarla.

Tampoco podemos confundir, señor Presidente, confianza con una opinión favorable. Una cosa es que haya una mayor opinión favorable y otra que haya confianza. La confianza en un servicio de salud es algo mucho más sutil, es mucho más íntimo, porque hace a la relación de la persona con ese servicio, y a ella hay que atenderla. A ello pretendí referirme en la última carta que leí, la del joven de 24 años. Para quien sufre la pérdida de un hijo, un óbito fetal, para quien sufre la pérdida de su pareja durante el parto, para quien sufre la pérdida de un familiar en una situación que no se sabe si podría haberse evitado –eso lo dije siempre, pues no hay manera de decidir si podía haberse evitado o no una muerte, por falta de pruebas contrafácticas–, esa interrogante carcome ¡hasta el tuétano!, porque provoca un dolor inmenso y hace dudar de todo lo demás que se dice, a favor o en contra.

Se dijo, en el transcurso de las contestaciones, que los sueldos de los funcionarios de ASSE en el año 2005 eran malos. ¿Y sabe, señor Presidente? Esos sueldos siguen siendo malos para muchos funcionarios, no para unos pocos que ocupan cargos privilegiados; para la mayoría de los que ocupan cargos administrativos y que ganan un sueldo líquido de $ 12.500 por mes, ¡estos son lamentables! ¡Son tan lamentables que provocan, en el casco central de ASSE, que haya paros de dos horas por turno por parte de cada uno de los funcionarios administrativos! Y eso ocurre pese a la reforma, pese al aumento de los recursos, pese a que el presupuesto se multiplicó por tres en términos absolutos y pese a que la cantidad de usuarios disminuyó de 1:550.000 a 1:250.000. Y por esos funcionarios también hay que hablar y luchar porque, en definitiva, son ellos los que corren el riesgo en su trabajo, de cometer un error y luego ser sancionados, no solamente desde el punto de vista administrativo sino, en el caso asistencial, inclusive, desde el punto de vista penal.

Nadie debe querer más que yo que triunfe el Sistema Nacional Integrado de Salud. El sueño de toda mi vida fue la reforma de la salud en el Uruguay. ¡Cómo no voy a compartir los objetivos de que los servicios de salud sean más solidarios, más equitativos, de querer servicios de igual calidad para toda la población! ¡Cómo no voy a compartir eso! ¡Es como si no me conocieran! ¡Por supuesto que los comparto! Pero no vamos en ese camino. Si los servicios son dominados por sindicalistas que tienen amigos y adversarios, no vamos por el camino de lograr esos objetivos tan loables, que seguramente compartimos todos quienes estamos acá. No vamos por ese camino. Si seguimos así, vamos por el camino equivocado.

Con relación a las barbaridades que relaté, por ejemplo, la del *delivery* entregando una pizza en la puerta del quirófano del Hospital Maciel, la del material descartable tirado a la basura en el Chuy, o la de los choferes que fueron promovidos para ser jefes de una flota que no existe –donde además hay conjunción de interés públicoprivado entre el Director y el Subdirector del hospital y el dueño de la institución privada–, debo decir que esas cosas no las inventó Solari ni fueron inventadas por la oposición para poner en ridículo al Gobierno, sino que esos hechos son las bombas que liquidan al Sistema Nacional Integrado de Salud. ¿Serán casos puntuales? Ojalá que sean absolutamente puntuales y que no haya una tendencia generalizada. Pero, ciertamente, si a quien transgrede las normas no se lo sanciona y a quien cumple con ellas sí, no vamos por el camino de mejorar el Sistema Nacional Integrado de Salud, ni en el sector público ni en el privado.

Se pidió que se hicieran propuestas concretas, con ánimo constructivo y, sin ninguna duda, las voy a

hacer. En primer lugar, tomemos conciencia de que, en términos de mortalidad infantil, vamos al revés: vamos empeorando y no mejorando. No me importa si somos cuartos o primeros en América Latina, pues quiero que la mortalidad infantil sea cero. Lo quise cuando fui Ministro y no lo pude lograr, lo quiero hoy, que soy Legislador, y lo voy a querer hasta el día en que me muera, porque creo que todo niño que nace tiene derecho a vivir. Pero, para vivir, los servicios de salud tienen que ayudarlo a lograr eso. Por lo tanto, desde el punto de vista de la salud infantil, por cierto que podemos hacer cosas. Lo primero que creo tenemos que hacer es exigir que en todas las Maternidades del país se cumpla el protocolo del Ministerio de Salud Pública, que establece cuáles son las condiciones de atención. ¡Y no puede haber excusas! No se puede decir: "Bueno, el médico no estaba, pero llegó dentro del tiempo que tenía para llegar…". No es así. Esa explicación nos sirve a nosotros, los adultos, para conversar acá, pero al niño, que está peleando por su vida, no le sirve. Hay normas, guías clínicas, protocolos. Si se necesita más capacitación, démosla; si se necesita más vigilancia, hagámosla; pero cumplamos esas normas y esos protocolos porque, si no, no vamos a lograr nunca el resultado que estamos buscando.

En segundo término, ¿quién manda en los hospitales? Como dicen la Directora de la Unidad de Quemados y Cirugía Reparadora y tantos otros jefes de servicio: ¿manda el gremio y las corporaciones, o las personas que están a cargo del servicio, teniendo ellas todo el respaldo que deben tener para salir adelante, para hacer funcionar adecuadamente su servicio? Fui alumno de distinguidísimos profesores: en el Hospital de Clínicas, de los profesores Pablo Purriel y Mario Ferrari; en el Hospital Pedro Visca, del profesor José Portillo, y también tuve a distinguidísimos profesores en el Pereira Rossell. Pero ninguno de ellos permitía que hubiera un acto de indisciplina en su servicio, porque en eso iba su buen funcionamiento, la credibilidad del servicio que dirigían. No se permitía indisciplina por parte de los funcionarios, ni de los médicos, ni de los estudiantes; no había lugar para la indisciplina. Entonces, reitero la pregunta: ¿quién manda en ASSE? ¿Manda el Directorio de ASSE, los Directores de los hospitales, los jefes de servicio, o mandan otros? Si mandan otros, no vamos a lograr un buen Sistema Nacional Integrado de Salud, ni un servicio en el que los pacientes puedan ir con los ojos vendados a decir: "Me atienda quien me atienda, yo confío en que van a hacer todo lo posible por ayudarme y salir adelante".

En tercer lugar, señor Presidente, y con una propuesta concreta, digo que hay notorios conflictos de interés público-privado.

El caso del Director y el Subdirector del Hospital de Paso de los Toros es tal vez el más flagrante de todos, el menos discutible. Esos conflictos no le hacen bien a los servicios de salud, a la salud del Uruguay. Y hay una manera bastante sencilla de evitarlos: se llama "declaración jurada de intereses". Exijamos a todo el personal que haga todos los años una declaración jurada de cuáles son los intereses que tiene en un lado y en otro y establezcamos que esa declaración jurada sea trasladada al Colegio Médico para que este determine si las personas que están en esa situación no pueden continuar así, debido a que su interés privado está interfiriendo con el interés público. En ese caso van a tener que elegir por una cosa u otra y vamos a evitar este tipo de situaciones. Habrá quienes mientan, por supuesto, pero a ellos les tenemos que caer con todo el peso de la ley, porque aquí no se trata solamente de una cuestión de plata. Y no me hago cargo de las acusaciones de que creo o no creo que la salud sea una mercancía; me parece que esa es una discusión de muy pobre nivel. Aquí el conflicto de interés público y privado tiene que resolverse mediante una declaración jurada que vaya al Colegio Médico y quien mienta tiene que ser sancionado con todo el peso de la ley.

Hay personal asistencial que no está donde debería estar. No puede haber un minuto de tolerancia para esas situaciones. ¿Por qué? Porque si estoy agendado para ser operado, si tengo un accidente en la calle y voy a la emergencia de un sanatorio privado, de un hospital público, de una mutualista o de lo que fuere, quiero que esté allí quien debe atenderme y no que venga cuando pueda o cuando se le ocurra. Y se le paga para eso.

Se pueden confundir estos comentarios como críticas políticas al Gobierno, pero nada más lejos de mi intención. Si queremos hacer funcionar bien el Sistema Nacional Integrado de Salud, tenemos que poner atención en estos cuatro temas. Hay que cumplir las guías clínicas, hacerlas cumplir, vigilar su cumplimiento, para mejorar los resultados. Digo esto sin desconocer que se han logrado resultados positivos; no lo desconozco de ninguna manera. Pero podemos lograr muchísimos más resultados.

En segundo lugar, hay que determinar quién claramente está a cargo. ¿Es el juez que está en el medio del campo y hace sonar el silbato para que se inicie el partido o es alguien que está sentado en la tribuna? ¿Quién manda? Alguien tiene que mandar y los demás tenemos que acatar. Es muy importante que en un servicio de salud esté bien claro quién tiene la responsabilidad, quién tiene la obligación de dirigir y hacer funcionar el servicio.

¿Hay conjunción de interés público y privado? Exijamos una declaración jurada y hagamos que se remita al Colegio Médico. Ese conflicto no puede estar interfiriendo en el funcionamiento de los servi-

cios, en la lealtad de la persona para con su servicio, sea público o privado. Y aquí no le estoy negando a nadie el derecho de ser dueño de una empresa de salud, si es lo que quiere. Yo nunca lo fui; siempre fui funcionario público o funcionario de un organismo internacional al que ingresé por concurso. Pero si alguien quiere tener una empresa de la salud –y no necesito referirme a ningún médico en especial, porque todos sabemos en quién estoy pensando–, muy bien, que la tenga, pero que no haya conflicto de intereses entre el desempeño de ese trabajo privado, de esa empresa privada, con el desempeño de su rol público. Eso no puede existir.

¿Hay personal que no está donde debe estar? Pues debe estarlo. Si le pagamos, debe estarlo. No tiene ninguna excusa para no estar. Y si no puede o no le sirve estar, porque necesita la plata de otros trabajos, que opte por los trabajos que sí puede y quiere desempeñar de acuerdo con su aspiración de nivel de vida.

Señor Presidente: me pidieron cuatro contribuciones, y esas son las que dejo, desde el punto de vista práctico, después de este día que me deja un sabor muy amargo.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra la señora Ministra.

SEÑORA MINISTRA.- Antes de hacer uso de la palabra y para ser respetuosa con los señores Senadores que manifestaron algunas inquietudes que todavía no hemos respondido, pediría que se les concediera el uso de la palabra a la doctora Beatriz Silva y al señor Subsecretario.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra la doctora Beatriz Silva.

SEÑORA SILVA.- Desearía contestar brevemente algunos de los planteos que realizaron los señores Senadores Moreira y Solari.

Sobre el tema de los enfermeros asesinos –podríamos llamarlo así–, hemos conversado con las Comisiones de Salud Pública largamente y les enviamos, como dijo el señor Senador, el informe de la resolución del Directorio con sus fundamentos. No voy a discutir el tema desde el punto de vista jurídico, porque seguramente el señor Senador me lleva varios cuerpos, pero tomamos esa decisión en forma seria. Hay contradicciones en los dos procesos –ambos muy largos–, es decir, en lo que hicieron el Ministerio de Salud Pública y ASSE; y si será difícil el tema que la Justicia, con todos esos datos y con mucha información posterior que le hemos estado entregando, a pesar de que está preparada para dirimir esas contradicciones, todavía no ha podido llegar a un dictamen final. Nosotros seguiremos aportando la información que nos pida el ámbito judicial y continuaremos perfeccionando todos los protocolos y procesos que tuvimos desde ese momento hasta ahora. No tenemos mucho más para agregar con respecto a ese tema.

Otro de los puntos planteados es el mandato que establece el Decreto n.º 500/991 con respecto a las sanciones por falta grave, en que es preceptiva la separación del cargo. Nosotros hemos tenido muchos sumarios con separación del cargo en ASSE. En este momento no tengo la cifra para poder informar el porcentaje de los sumarios por faltas graves con separación del cargo, pero me atrevo a decir que son la mayoría. De cualquier manera, también quiero comentar que el Decreto n.º 500/991 no está preparado para los servicios de salud y nosotros sí tenemos recursos para contratar médicos para que cubran esas guardias. Es decir que cuando uno no está, los recursos están para la contratación; lo que a veces no tenemos es la persona que ocupe ese puesto. Por eso en algunas situaciones, cuando se estipula la falta grave –y son casos muy mínimos– hemos decidido como Directorio no hacer la separación del cargo. Por ejemplo, en cierta oportunidad hubo una falta grave de un médico que era el único que atendía en una localidad y tuvimos que dejarlo trabajando en ese lugar. Estamos analizando con los integrantes de los equipos de los Directores, en especial los abogados, para buscar la forma de proponer modificaciones a la normativa vigente para que se adecue a un servicio de salud, porque insisto en que estas situaciones no estaban previstas cuando este decreto se dictó.

La empresa La Buena Estrella no trabaja más en ninguno de los servicios de ASSE. Desde que se dieron los últimos acontecimientos, hace casi dos años, se estimularon fuertemente las licitaciones de los servicios para las contrataciones de estas y otras empresas.

Respecto a los proyectos socioeducativos, solamente quiero hacer una aclaración muy menor: que los resultados de algunos proyectos no sean buenos no quiere decir que todos los proyectos socioeducativos no funcionen. Tenemos el ejemplo magnífico del Plenario de Mujeres Uruguayas que trabajaba en el Hospital Pereira Rossell. Más allá de opinar con respecto a la tributación, muchos de los que estuvimos allí pudimos disfrutar al ver cómo más de 200 mujeres jefas de hogar, algunas de ellas analfabetas, fueron a la escuela y obtuvieron un título, entregado por la Universidad de la República, de auxiliar de servicio para trabajar en un hospital. Fue realmente muy gratificante ver a esas mujeres jefas de hogar –muchas de ellas, repito, analfabetas– ostentar el título, festejando con sus hijos y sus familias. De manera que

algunos de estos proyectos funcionan y otros no. El ejemplo de la empresa que estuvo en el Hospital Maciel y que nombró el señor Senador no funcionó, sin duda, y fue un problema para ASSE, que esperamos haber resuelto.

Las observaciones del Tribunal de Cuentas, son observaciones del Tribunal de Cuentas; no son hechos ilegales. Por ese motivo, está previsto que el ordenador del gasto lo reitere ya que no es un acto de ilegalidad, sino que no se ha cumplido razonablemente con el proceso que define el Tribunal de Cuentas. Es por ello que en la Rendición de Cuentas del año pasado –que modificaremos y perfeccionaremos este año– pedimos que se modificara el artículo 33 del Tocaf, a los efectos de incluir los convenios de complementación de servicios con los prestadores privados como parte de una excepción a ese artículo, respecto de los cuales hay un número muy importante de observaciones de ese Tribunal.

Asimismo, estamos trabajando en conjunto con el Tribunal de Cuentas para definir el proceso de descentralización e inscribir los procedimientos para aquellos actos que deben ser observados o cuáles son las vías de control para cada uno de los casos, ya que hemos constatado situaciones en que, dependiendo del funcionario informante, hay actos que se observan y otros que no. Hemos mantenido reuniones a este respecto con dicho Tribunal y ya hay un equipo trabajando en conjunto.

Podría continuar refiriéndome a otras cuestiones que son bastante importantes. Solo haré referencia a un comentario formulado por el señor Senador Abreu. Efectivamente estamos trabajando fuertemente en un laudo común, pero tenemos restricciones presupuestales importantes. En muchos tipos de cargos tenemos un salario competitivo con el resto del sector, pero en otros no.

También quiero señalar que tomaremos todas las sugerencias que aquí se han dado –tal como lo hemos hecho en otras oportunidades–, así como también las denuncias que se han presentado aquí, en especial las presentadas por el señor Senador Solari. Procederemos de la forma que corresponda e informaremos a la brevedad y debidamente de las medidas que tomaremos. También le haremos llegar al señor Senador Moreira información sobre en qué situación se encuentra ASSE en relación con la definición de criterios de selección para los Directores Regionales y para los Coordinadores Subregionales, así como sobre los cursos de capacitación que hemos llevado adelante y el fuerte trabajo que hemos realizado con la Oficina de Planeamiento y Presupuesto para definir procesos, a fin de documentar todo lo que se ha venido haciendo –la Administración Pública requiere la documentación– para que quienes ocupen nuestro puesto en el futuro –porque siempre vamos cambiando–, estén en conocimiento de lo alcanzado en el pasado. Haré llegar esta información, así como también las medidas que tomaremos con respecto a las denuncias concretas que aquí se han presentado.

Muchas gracias, señor Presidente.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra la señora Ministra.

SEÑORA MINISTRA.- Si el señor Presidente me permite, será el señor Subsecretario, profesor doctor Leonel Briozzo, quien contestará algunas de las preguntas formuladas por los señores Senadores.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra el señor Subsecretario.

SEÑOR SUBSECRETARIO.- Muchas gracias, señor Presidente. Es un honor para nosotros acompañar a la señora Ministra y al equipo en esta comparecencia ante el Senado.

La idea de esta intervención es realizar una serie de puntualizaciones con respecto a cuál es el estado actual del Plan Perinatológico y Primera Infancia que viene llevando adelante el Ministerio de Salud Pública, que creemos da respuesta a gran parte de las dudas que se han vertido aquí con respecto a esta situación.

Queremos manifestar con toda claridad que creemos –tal como hemos creído las veces anteriores que hemos concurrido a esta Cámara– que no se puede dudar de un elemento: la reforma de la salud es un hecho irreversible, no existe posibilidad de volver al sistema anterior. Como médico clínico, recuerdo la crisis estructural que vivía el sistema y el cierre de veinte mutualistas, en varias de las cuales yo trabajaba.

En primer lugar, uno de los logros de esta reforma es la estabilidad que ha dado al sistema, lo que es un hecho indudable e irreversible. En segundo término, es clara e indiscutible la equidad entre los diferentes subsectores. Todavía resta mucho por hacer, pero ha mejorado notoriamente. Y, en tercer lugar, se ha mejorado de manera sustancial el rol de rectoría del Ministerio de Salud Pública. Podemos decir que antes reinaba el descontrol, y muchas veces se daban situaciones críticas, sin que el Ministerio de Salud Pública pudiera tener control alguno sobre ello, elemento que se está revirtiendo. En este sentido, quiero dejar constancia de la convicción personal y del Ministerio de Salud Pública de que no se volverá al caos que sí existía antes de la reforma.

Por lo tanto –y en la misma línea que lo anteriormente mencionado–, rechazamos de manera absoluta que se diga que existe caos en el Sistema Nacional Integrado de Salud. No hay caos en el Sistema Nacional Integrado de Salud, señor Presidente. Sí tenemos muchas dificultades que estamos afrontando. Sabemos exactamente dónde están los mayores problemas –porque los hemos investigado–, tenemos las soluciones, ya las estamos implementando y vamos en camino a solucionarlos.

A su vez, me quiero referir a uno de los mayores problemas que hemos tenido en el último período que, tal como ha manifestado el señor Senador Moreira –y lo comparto plenamente–, probablemente haya sido la crisis más grave que ha vivido la salud en nuestro país. Me estoy refiriendo específicamente a la crisis que se dio en marzo del año pasado con el advenimiento en el equipo de salud de eventuales asesinos u homicidas seriales.

Más allá de que muy poco se ha podido demostrar desde el punto de vista de la Justicia, el daño se hizo y ese daño fue, en gran medida, por irresponsabilidad de lo que se planteó en ese momento. En aquel entonces, comparecimos en varias oportunidades al Parlamento con el entonces Ministro de Salud Pública, doctor Venegas, a dar cuenta de la situación. Recuerdo con toda claridad –porque vivimos muy intensamente aquellos momentos– cuando se dudaba de las cifras que daba el Ministerio y se anunciaban públicamente los resultados de las investigaciones. Luego estas nos dieron la razón con respecto a lo que pasaba en el Hospital Maciel o en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Asociación Española. Había control; lo que ocurrió no sucedió por falta de control. Mucho se habló sobre este tema y nada se pudo demostrar.

Por lo tanto, hemos salido fortalecidos de aquella crisis –que sin duda fue la peor que hayamos enfrentado– y hoy, luego de haber implementado durante año y medio un plan de impacto en este sentido, las Unidades de Cuidados Intensivos de todo el país están mucho más capacitadas para resolver cualquier tipo de problema, trabajando en forma más coordinada y contando actualmente con una red de jefes de servicio de medicina intensiva que se reúnen periódicamente en el marco del Ministerio de Salud Pública.

Inclusive, creemos que la Estrategia para la Seguridad del Paciente es uno de los grandes logros de la crisis que tuvimos y que pudimos enfrentar y superar con creces. La misma ya está consolidada y en la reforma de funcionamiento que propone el Ministerio de Salud Pública se genera una división de esa estrategia que, repito, creemos es uno de los grandes logros.

De manera que antes de afirmar que hay caos en el Sistema Nacional Integrado de Salud, hay que demostrarlo porque, de lo contrario, se profundiza la desconfianza en el sistema. Estamos todos de acuerdo en que la confianza es lo más importante en un sistema sanitario. Tal como ha manifestado la señora Senadora Moreira, es muy difícil de construir pero muy fácil de destruir, por lo que debemos tener presente y ser responsables de cómo se construye esa confianza. Precisamente, no creemos que la misma se construya revelando situaciones de casos clínicos complejos que serían más propios para un ateneo clínico –y esto lo digo como profesor de Ginecología– que para la discusión pública. Creemos que no es conveniente y es bastante preocupante revelar datos personales que pueden generar desconfianza en el sector en algunas localidades pequeñas del interior del país, y tampoco se pueden hacer análisis antojadizos de la evitabilidad de algunos procesos que han llevado a desenlaces fatales. Tenemos que meditar profundamente sobre todo esto porque, efectivamente, de esta manera no se construye la confianza, como tampoco se la alcanza dudando de las cifras que dábamos y politizando temas tan importantes como la crisis de los enfermeros; tampoco se construye hoy hablando de los temas públicamente y sin ningún tipo de responsabilidad desde el punto de vista científico y técnico de lo que se está planteando. Creemos que se construye con información, alineando los intereses de todos los que participamos en la salud y con una fuerte rectoría desde el Ministerio de Salud Pública, que debe ser respetada y profundizada. Y esta rectoría, como muy bien dijo el señor Senador Solari –y en eso estoy muy de acuerdo–, lo que tiene que hacer y lo que está haciendo es mandar.

Con respecto al tema perinatal, la primera infancia y la salud materna, que fue el motivo principal de la convocatoria –tal como lo leyó el señor Senador Rosadilla en el día de hoy–, sin duda que desde el año 2010 ha sido una prioridad para el Gobierno nacional. Es así que en el año 2010 –al inicio de la gestión del señor Presidente Mujica, cuando era Ministro de Salud Pública el economista Olesker– diseñamos desde el Departamento de Programación Estratégica en Salud, el Plan Perinatal y Primera Infancia, que tuvo su correlato en la Presidencia de la República con el Plan Uruguay Crece Contigo. Este Plan –y esta prioridad– tiene cuatro componentes fundamentales.

En primer lugar, está la implementación en todo el país de la nueva reglamentación con respecto a las Maternidades –que la estamos llevando adelante–, y aún nos queda ordenar un nuevo reglamento de Maternidades: queremos Maternidades que puedan resolver más y mejor los problemas aunque, quizás, sean menos de las que hoy hay. Estamos trabajando

en ese sentido, y avanzamos muchísimo en la complementación de las Maternidades públicas con las privadas a través de nuestros Directores Departamentales de Salud. Hemos instruido a ASSE para que avance en este proceso de manera decidida.

En segundo término, estamos trabajando en un plan inédito a nivel nacional –tal como dijo la señora Ministra– de regionalización y traslados, tomando en cuenta la estructura instalada que hay en el interior del país con los CTI pediátricos, y generando un sistema de traslados de alto nivel y alta competitividad. Para ello, precisamos complementar los servicios públicos con los privados.

En tercer lugar, necesitamos un elemento fundamental, que es un comando centralizado para que organice todo el sistema. Y aquí pedimos a los señores Senadores, como Poder Legislativo, que tengan a bien aprobar la Rendición de Cuentas que se envía desde el Ministerio de Salud Pública, que tiene en esto uno de los elementos principales, ya que, justamente, solicitamos fondos para crear este centro y comando unificado de regionalización y traslados materno-perinatales, para que no tengamos que quejarnos nuevamente y preocuparnos por problemas de muertes o graves enfermedades.

En cuarto término, este Plan ha puesto énfasis en el tema de los defectos congénitos porque, como ya lo expresamos, estamos muy preocupados por ello. En este sentido, se plantea al Banco de Previsión Social un rol remozado y reestructurado como centro de atención de nivel cuarto en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud para las malformaciones congénitas. En este aspecto, también creemos que sería muy importante que el Poder Legislativo aprobara el proyecto de ley de Residencias Médicas –presentado ya hace unos meses–, que contiene de manera fundamental la posibilidad de que haya recursos humanos altamente especializados en todo el interior del país. Creemos que es fundamental generar equipos de salud multidisciplinarios con especialistas capacitados y en formación, que puedan radicarse en el interior. Insisto en que el proyecto de ley de Residencias Médicas –que ya ingresó a la Comisión de Salud Pública del Senado y está próximo a ser considerado– podría ser un gran espaldarazo en este sentido.

Por supuesto, la mortalidad materna y la mortalidad infantil no son temas de este Gobierno –obviamente que no lo son–, porque esto empezó a principios del siglo XX con la acción de magníficos profesionales como fueron los doctores Turenne y Morquio –entre otros–, que decidieron políticas públicas revolucionarias para la época y que mostraron –tal como lo hizo hoy la señora Ministra– un descenso paulatino y permanente de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil. Esto no quita que en este período se haya hecho mucho y bien para continuar esa disminución. En este sentido, es muy importante destacar que cuando las cifras son bajas como las que tenía Uruguay al comienzo de la década de 2000, hay que hacer mucho más para disminuirlo, y es ahí cuando entra el concepto de la meta de Desarrollo del Milenio. Es muy importante que conozcamos que, a pesar de que Uruguay tenía una mortalidad materna relativamente baja a comienzos de los años 1990 y 2000, se hizo mucho y Uruguay va a llegar a cumplir la meta de Desarrollo del Milenio de la mortalidad materna por lo que se ha hecho en salud sexual y reproductiva. Sin lugar a dudas, esto va a ser corroborado y reafirmado por la recientemente aprobada Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, que va a hacer disminuir aún más la mortalidad materna en este país, que es uno de los principales problemas a nivel de toda la región.

Con respecto a la mortalidad infantil, podemos decir que ya fue explicado con claridad, y se dijo que no aumentó en el Uruguay. Quiero ser enfático y claro en este tema, porque no podemos tener confusión al respecto. Cuando un país como Uruguay tiene una mortalidad infantil por debajo de la decena cada mil recién nacidos vivos, no se puede ya calcular las tasas de mortalidad infantil año a año. Esta no es una recomendación de este Ministerio, sino de la Organización Mundial de la Salud: se hace con números absolutos o con tasas –como mostró la señora Ministra– de cada trienio para ver promedios. Esto es así porque, por ejemplo, una epidemia de gripe o una infección respiratoria pueden causar, con pocas muertes –por supuesto que siempre evitables, eventualmente, si fuera posible–, una variación de esa tasa, y ello puede hacer que cambien las cifras de evolución de la mortalidad. Por lo tanto, ahora nosotros estamos trabajando en función de evaluar los trienios, como mostró la señora Ministra.

Con respecto a los recién nacidos de menos de 500 gramos, también es muy importante marcar que en Uruguay y en muchos países de la región, a partir del año 2010 cada vez se están reportando más los recién nacidos cuando nacen vivos con un peso menor de 500 gramos. Por definición, un recién nacido de menos de 500 gramos sin vida es un aborto, no es un recién nacido que requiera certificado de nacido vivo. Esto está establecido en la ley uruguaya de Certificado de Nacido Vivo. ¿Qué se recomienda ahora desde la OMS? Que para evaluar la mortalidad infantil hay que tener dos tipos de gráficas: una que incluya a los recién nacidos con menos de 500 gramos y otra que los excluya. ¿Por qué los debe excluir? Porque si se reportan así esos recién nacidos con menos de 500 gramos que nacen vivos, como básicamente va a morir el 100 %, pasarán a engro-

sar la mortalidad infantil de una manera no clara o no perceptible. Entonces, como es importante tener claro que las intervenciones deben ir para disminuir la mortalidad infantil, la recomendación es no tomar en cuenta a los recién nacidos con menos de 500 gramos en todas estas gráficas. Por lo tanto, también es importante manejar que, en ese sentido, no ha aumentado la mortalidad infantil sino que, por el contrario, está disminuyendo de manera consistente en este período.

Por último, mucho se ha hablado de ASSE, y cuando hablamos de ASSE y de mortalidad infantil, es importante destacar que ya hace por lo menos dos años que, de manera consecutiva, en ASSE existe una tasa de mortalidad infantil menor que en el nivel privado. Este también es un elemento importante a la hora de evaluar la calidad de atención que se brinda, sobre todo, por parte del prestador público que, como todos sabemos, trabaja con los sectores más vulnerables de la población, y por los determinantes sociales de la salud, tiene más posibilidad de presentar complicaciones y de morir.

De alguna manera, estamos comprometidos en hacer de la salud una política pública y una verdadera política de Estado. Agradecemos mucho la convocatoria del día de hoy y, como siempre, estamos totalmente dispuestos para participar en ella.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Puede continuar la señora Ministra.

SEÑORA MINISTRA.- Al finalizar esta sesión, quiero decir que ha sido una jornada larga, y espero que fructífera.

Hemos demostrado en forma contundente una reforma de la salud que avanza en la dirección que se había trazado desde su inicio. Esto no es un caos: los indicadores de salud así lo demuestran, como también los aspectos de sostenibilidad financiera. Y decir lo contrario es un error de interpretación y técnico; y la interpretación de las tasas no admite diferentes lecturas. Estamos trabajando en criterios de calidad.

Se ha demostrado que se trabaja a paso firme –no exento de dificultades– en el fortalecimiento del sector público, incluyendo al Banco de Previsión Social y al Hospital de Clínicas.

El señor Senador Gallo Imperiale señalaba, con criterio, que aún queda muchísimo por avanzar y jerarquiza los desafíos: la complementación de servicios, la mejora del desempeño del sector, el estatuto de los trabajadores de la salud y la redistribución de los recursos humanos. Por supuesto que queda muchísimo por hacer.

Insisto en que se trata de una reforma muy joven; no hay reformas que se logren estabilizar en cinco años y tampoco hay reformas lineales. Canadá, con muchísimos años de reforma, hoy tiene listas de espera. Todas las reformas necesitan una permanente revisión de su diseño, este no puede ser estanco y estamos dispuestos a debatirlo, no solos, sino con el conjunto de la sociedad, que son actores privilegiados desde su rol de trabajadores y de usuarios. Es por eso que entendemos la participación como una columna clave en este proceso de construcción de esta reforma.

Esta participación, que está consagrada en el espíritu de la Ley n.º 18.211 –en su artículo 25– es, como decíamos, un pilar, es parte del avance democrático y está muy lejos de una concepción de Gestapo.

La integración de usuarios y trabajadores se viene dando en diferentes ámbitos del Directorio de ASSE y debo decir que fueron los propios Legisladores quienes, en su momento, otorgaron por unanimidad la venia correspondiente. En la Junta Nacional de Salud, pero también en las Juntas Departamentales de Salud, en los consejos consultivos y en comisiones, la participación, en sí misma, es generadora de salud en tanto generadora de ciudadanía. Pero debo ser franca: para que la reglamentación sea efectiva y creíble, los acuerdos son imprescindibles.

Esta Administración, en correspondencia con los principios mencionados, ha definido políticamente realizar todos los procesos de trabajo con los actores involucrados, para así poder llegar a una elección nacional controlada por la Corte Electoral; esto es necesariamente gradual.

Hemos dicho que el Sistema Nacional Integrado de Salud no es un caos y tampoco un orden meramente burocrático –como sostenía el señor Senador Lamorte– o una recaudación de impuestos que cae en una bolsa sin fondo, sino que es un Sistema que progresivamente ordena y complementa sus recursos, con impacto en la salud e inscripto en un paradigma de atención primaria de salud y de mejora continua.

Esto no es posible, señor Presidente, sin un ejercicio responsable y comprometido de la autoridad. Aquí hay autoridad y liderazgo, no autoritarismo.

Coincido en que hay mucho para mejorar; el debate que se realizó aquí fue político, pero también técnico. Los indicadores son construidos por técnicos de excelencia, así como su interpretación metodológica, sistemática y no librada a la imaginación.

Finalmente, pido disculpas a los señores Senadores por esta jornada tan larga; me refiero a los que no

son parte de los equipos de salud. Sin duda, este ha sido un debate fascinante para el doctor Solari, para el doctor Gallo Imperiale y para quienes me acompañan. Seguramente, muchos de los otros Senadores se hayan aburrido en este debate, pero realmente nos resultó fascinante y agradecemos a todos.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- En el marco del acuerdo en virtud del cual un representante de cada partido tendría tiempo libre para intervenir, tiene la palabra el señor Senador Moreira.

SEÑOR MOREIRA.- No quería ser uno de los últimos en hablar pero, como dadas las respuestas que he recibido de parte de la señora Presidenta del Directorio de ASSE, y ante algunas expresiones del doctor Briozzo, simplemente quiero dejar de manifiesto, con todo respeto, que discrepo con el criterio adoptado. En primer lugar, entiendo que los elementos de juicio de que se disponía no ameritaban la clausura de esta investigación, máxime tratándose de un tema que tanta alarma ciudadana ha causado.

Además, se trata de un tema por el cual entiendo que debió haberse sumariado también al Director del hospital; no comprendo por qué tuvo acceso a todos esos rumores –pueden llamarse así o no– que terminaron siendo fundados.

Por otra parte, en lo que hace al proceso judicial, si bien no ha mediado todavía sentencia de condena, recuérdese que en este caso se trataba de dos personas imputadas y luego procesadas por encontrarse semiplena prueba de la comisión del delito porque, por lo menos a Marcelo Pereira, se le encontró en la riñonera determinado tipo de medicamentos; además, eran confesos. Vale decir que había elementos de juicio como para que la sede penal los procesara con prisión, naturalmente porque existía la semiplena prueba y mediaba la confesión, que fue profusamente difundida, sobre todo por la abogada de Marcelo Pereira.

De modo que no tengo ninguna duda de que hay elementos como para pensar que esto va a terminar en una condena –eso dependerá de la Justicia–, pero también los hay como para haber tomado medidas y haber ido más lejos en los procesos sumariales que, indudablemente, debieron abarcar al jerarca máximo, que estaba enterado, por lo menos, de lo que circulaba; hay varias versiones al respecto y ello surge del propio informe del Ministerio de Salud Pública.

Con todo esto, me parece que no correspondía una clausura de los procedimientos. No he tenido acceso a la pieza administrativa –dicen que se trata de alrededor de dos mil fojas– pero, por lo que he leído, no creo que correspondiera esa clausura.

Con respecto al Tribunal de Cuentas, quiero decir que ese organismo presenta sus observaciones de acuerdo con el artículo 211 de la Constitución y siempre son por razones de legalidad. Pero quien autoriza el gasto puede reiterarlo. Ahora bien, eso no significa que la reiteración del gasto no esté violando la ley. La Asamblea General debe pronunciarse al respecto, pero nunca lo hace; este también es un defecto nuestro, de los Legisladores. En este caso se observaron apartamientos del sistema licitatorio –que es el más garantista para las compras del Estado– sin razón que los justificara. Por eso decía que había cosas que no ameritaban esgrimir razones de urgencia.

En cuanto a las expresiones del señor Subsecretario, debo decir que discrepo frontalmente con ellas. Creo que ahí medió imprevisión y falta de controles por parte de los responsables, por lo menos, de la unidad ejecutora de ASSE. También pienso que el Ministerio del Interior no fue todo lo diligente que debió haber sido, porque la licenciada Rondán estaba denunciando esto desde hacía más de un año y nadie le llevó el más mínimo apunte.

Entonces, que no me vengan a decir que la difusión de esas terribles noticias es culpa de operadores políticos. No me incluyan en eso porque de ninguna manera es así; esto trascendió, y los errores quedaron de manifiesto en las Comisiones parlamentarias.

Entre otras cosas, recuerdo que cuando se convocó a los Ministros del Interior y de Salud Pública, dijeron que fueron los últimos en enterarse de hechos de esta gravedad. En consecuencia, que no se diga que la alarma la causa la prensa o la oposición, porque las causantes son la falta de controles y la impericia con que se manejó esto, incluso desde el propio Ministerio del Interior. El Inspector Guarteche, a quien la licenciada Rondán le presentó la denuncia, dijo en la Comisión de Constitución y Legislación que había ofrecido su renuncia porque no le había comunicado al Ministro un hecho tan inusitado y de tal gravedad. Entonces, aquí no falló la oposición; la alarma no la causamos nosotros, sino el mal funcionamiento de la Secretaría de Estado, que no procedió con la debida diligencia y no activó o puso en marcha los controles que debieron haber funcionado.

No dudo de que se trata de hechos inéditos, que no se dan todos los días pero, precisamente por eso, cuando se denuncian este tipo de cosas –que alguien está matando en una unidad hospitalaria–, por lo menos quien habla se preocuparía por investigar si es cierto o no; lamentablemente, esto no se hizo y, por lo menos, costó la última vida. Así que en eso no le cedo la derecha a ninguna interpretación de ninguna naturaleza.

SEÑOR RUBIO.- ¿Me permite una interrupción, señor Senador?

SEÑOR MOREIRA.- Con mucho gusto.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Puede interrumpir el señor Senador.

SEÑOR RUBIO.- Señor Presidente: lo único que quiero decir es que el Parlamento nacional –en particular, el Senado– debería comenzar por hacer un ejercicio de modestia porque, en realidad, me atrevería a decir que en los cajones de este Palacio yacen más de un millón de observaciones del Tribunal de Cuentas que no se han tratado. No hemos tenido la capacidad política, en sucesivos gobiernos, de arreglar esta situación que sabemos que, en última instancia, quizás requiera de una reforma constitucional.

Reitero que esto era lo único que quería decir.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Puede continuar, para terminar con su exposición, el señor Senador Moreira.

SEÑOR MOREIRA.- En eso le asiste razón al señor Senador Rubio, pero también deberíamos evitar tener Administraciones que generen 29.300 observaciones en un año y medio. Me parece bastante difícil que la Asamblea General pueda ponerse a estudiar esas 29.300 observaciones, que son de un solo Ministerio, de un integrante del Poder Ejecutivo.

Entonces, me parece que también los que deben poner cuidado son los que tienen la responsabilidad de llevar adelante el Ministerio, para que el Tribunal de Cuentas no observe, por estrictas razones de legalidad –no ya de conveniencia u oportunidad–, los gastos y los pagos que se efectúen.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra la señora Ministra.

SEÑORA MINISTRA.- Señor Presidente: a efectos de finalizar, quiero decir que no vamos a discutir sobre esos aspectos y mucho menos sobre los jurídicos. Por supuesto que adherimos al concepto de mejorar todo lo vinculado con la transparencia, pero en relación al caso de los enfermeros aquí mencionados debemos poner énfasis en que, finalmente y por suerte, no se perdió la confianza en el Sistema por parte de los usuarios. La baja cantidad de usuarios que cambia de prestador durante los períodos de movilidad regulada sigue descendiendo, mostrando una gran adhesión de los usuarios a su prestador. De todas formas, quiero decir que un hecho delictivo no forma parte del funcionamiento habitual de un sistema de salud, como tampoco de ningún otro.

En resumen, manifestamos que no hay caos en el Sistema Nacional Integrado de Salud. El Sistema Nacional Integrado de Salud continúa avanzando, tiene impacto en la salud y sostenibilidad financiera. Obviamente, quedan problemas por resolver; por suerte, queda mucho por hacer y ello es positivo.

Es cuanto quería decir. Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Tiene la palabra el señor Senador Gallo Imperiale para una reflexión final.

SEÑOR GALLO IMPERIALE.- Señor Presidente: quiero trasmitir que ratifico totalmente los conceptos vertidos en mi alocución, referidos al apoyo irrestricto a la reforma que venimos implementando desde hace cinco años con resultados ciertos, aunque también con desafíos por delante para desarrollarla y concretarla.

Expresamos nuestro compromiso de seguir en ella, nuestro compromiso de apoyar al equipo ministerial y al equipo de ASSE, que están trabajando denodadamente y en forma comprometida. No tengo ninguna duda de que vamos a lograr algo que, en definitiva, es lo que la ciudadanía uruguaya está esperando y que, desde el punto de vista de la salud que ofrecemos, vamos a ir mejorando cada vez más. Quiero expresar mi compromiso y mi satisfacción, como médico y como Legislador, por poder trabajar en esto, y por haber podido intervenir en un debate en el que quisimos mantener un estilo que entiendo es el que se merece el Senado, a pesar de que en algún momento hubo, por parte de algún señor Senador, comentarios que no eran de recibo.

Muchas gracias.

15) LEVANTAMIENTO DE LA SESIÓN

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- La Presidencia da por finalizada la sesión, agradeciendo a los representantes del Ministerio de Salud Pública, de ASSE y de la Junta Nacional de la Salud –Junasa– que, por lo menos desde mi punto de vista, demostraron una estupenda profesionalidad y conocimiento sobre los temas tratados.

SEÑOR GALLINAL.- Eso no corresponde.

SEÑOR PRESIDENTE (Alberto Couriel).- Sí corresponde.

En virtud de que el Senado debe celebrar otra sesión para tratar la declaración vinculada al Presidente de Bolivia, la Mesa sugiere comenzar dentro de

cinco minutos para que cada uno de nosotros pueda despedirse de quienes nos visitan en el día de hoy.

Se levanta la sesión.

(Así se hace, a la hora 20 y 14 minutos, presidiendo el señor Senador **Alberto Couriel** y estando presentes los señores Senadores **Agazzi**, **Amorín**, **Antognazza**, **Bordaberry**, **Conde**, **Fernández**, **Gallicchio**, **Gallinal**, **Gallo Imperiale**, **Guarino**, **Lamorte**, **Larrañaga**, **Lorier**, **Martínez Huelmo**, **Mezzera**, **Montiel**, **Moreira (Carlos)**, **Nin Novoa**, **Pasquet**, **Penadés**, **Rondeau**, **Rosadilla**, **Rubio**, **Saravia** y **Solari**).

DANILO ASTORI
Presidente

Hugo Rodríguez Filippini
Secretario

Gustavo Sánchez Piñeiro
Secretario

Walter Alex Cofone
Director General

Adriana Carissimi Canzani
Directora General del Cuerpo de Taquígrafos

Corrección y Control
División Diario de Sesiones del Senado

Armado e Impreso
División Imprenta del Senado